

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Майкопский государственный технологический университет»  
Лечебный факультет  
Кафедра физиологии и общей патологии

*Э.М. Куева*

## **СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ**

(для студентов лечебного факультета)

Майкоп  
2023

**УДК [316.346:613.98](07)**

**ББК 65.272**

**С 69**

*Рецензенты:*

кандидат биологических наук **С.Р. Уджуху**

**Кueva Э.М.**

Социальная геронтология (для студентов лечебного факультета): Методические рекомендации – Майкоп – 78 с.

Методические рекомендации «Социальная геронтология» предназначены для студентов очной формы обучения специальности 31.05.01 «Лечебное дело» лечебного факультета Медицинского института ФГБОУ ВО «МГТУ» при изучении ими дисциплины «Социальная геронтология». В данном пособии в систематизированном виде представлены материалы, раскрывающие понятия социальной геронтологии; этнографические вопросы старения человека; основные периоды развития геронтологического знания; демография старения; медико-биологические, психологические, социологические подходы к старению населения; социальная политика в отношении старшего поколения в России, а также социальное положение людей старшего возраста в современном обществе.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	4
<b>1. Социальная геронтология: понятие и содержание</b> .....	6
<b>2. Социально-психологические теории старения</b> .....	17
<b>3. Социальная значимость медицинских проблем старшего поколения</b> .....	24
<b>4. Направления социальной активности пожилых людей</b> .....	30
<b>5. Иммунная система и старение</b> .....	41
<b>6. Биологические аспекты старения</b> .....	47
<b>7. Психологические аспекты старения</b> .....	59
<b>8. Социальные аспекты старения</b> .....	64
<b>Учебно-методические материалы и рекомендации по подготовке к семинарским занятиям и самостоятельной работе студентов</b> .....	71
<b>Рекомендованная литература</b> .....	76

## ВВЕДЕНИЕ

Зрелость (18-60 лет) является активным трудовым периодом. Вопреки былым представлениям в зрелые годы развитие человека продолжается. С физической, когнитивной и социальной точки зрения человек в 50-летнем возрасте отличается от самого себя в возрасте 25 лет. Зрелые годы для человека, с одной стороны, обычно омрачаются борьбой за существование, конкуренцией, неудовлетворёнными амбициями, конфликтами в семье, несбывшимися надеждами в отношении детей, материальными проблемами.

Но, с другой стороны. В этот самый плодотворный период жизни человек имеет возможность реализовывать накопленный личностный потенциал, раскрывать свои способности и потенциальные возможности, претворять в жизнь идеи, мечтания и планы, осуществлять заветные желания, найти себя и сферу применения своих талантов. В свою очередь, самореализация сопровождается чувством удовлетворения от процесса и результата ее достижения, удовлетворением собой и тем, что смог сделать, принятием жизни, состоянием гармонии с собой и окружающими, подъемом сил и интересом к жизни.

Человек в зрелом возрасте имеет шанс достичь пика профессиональных достижений, установить прочные и надежные социальные связи, достичь материального благополучия.

Старость (60 лет и старше) характеризуется выходом из активного трудового периода. В старости изменяется характер человека: уменьшается энергичность, появляются осторожность, бережливость, а иногда и скупость. По мнению многих ученых, в старости обычно заостряются те черты, которые были у человека и раньше, поскольку ослабление контролирующей функции коры головного мозга обнажает то, что человек старался скрывать.

В этот период ослабляется иммунная система. Человек становится более восприимчивым, например, к раку или воспалению легких. Но зато благодаря накопленным в организме антителам, пожилые люди реже болеют обычным гриппом и простудными заболеваниями.

В любом цивилизованном государстве здоровье, счастье и долголетие людей должно быть главной визитной карточкой, главной целью и главным критерием эффективности его социально-культурной и экономической политики.

Здоровье зрелого человека – это его великое благо, ибо, как известно, здоровый нищий счастливее больного короля. Поэтому человеку в зрелом возрасте необходимо: отказаться от имеющихся вредных привычек (если таковые имеются), бороться с малоподвижным образом жизни, нерациональным режимом питания, неправильными условиями труда и быта. Необходимо систематически заниматься физическими упражнениями и закалять свой организм.

Учебный курс тесно связан с другими дисциплинами специальности, опирается на знания студентов, полученные при изучении дисциплин *«основы здорового образа жизни»*, *«Биология»*, а также предшествует изучению дисциплин *«Гигиена»* и *«Медицинская экология»*, *«Безопасность жизнедеятельности»*.

Формой *промежуточного контроля* является выполнение тестовых заданий, подготовка докладов, написание эссе, разработка примерной индивидуальной программы здорового образа жизни. Форма *итогового контроля* – зачет в устной форме.

*Цель курса лекций* – формирование системы теоретических знаний о старости и старении человека и умений применять эти знания в практической деятельности.

*Основные задачи дисциплины:*

- изучить старость и старение человека с позиций биологии, демографии, психологии и социологии старения;
- изучить особенности социально-правовой, социально-медицинской, социально-психологической, работы с пожилыми и старыми людьми в России и за рубежом.

## 1. Социальная геронтология: понятие и содержание

1. Геронтология, Социальная геронтология.
2. Функции социальной геронтологии.
3. Принципы в отношении пожилых людей.
4. Характеристики старения и старости.

**Геронтология** (от греч. gerontos – старец, logos – наука) - это наука о старости и старении живых существ, в том числе человека, неотделимая от гериатрии (медицинская специальность, имеющая дело с проблемами здоровья пожилых и старых людей) в целом, – сложное, междисциплинарное направление естественно-биологических, медицинских и психосоциальных наук, технологий и общественного устройства. Указанная сложность вытекает из того, что в геронтологии сходятся интересы, с одной стороны, естествознания, с другой – медицины и здравоохранения, с третьей – экономики и эффективности работы государственных и общественных институтов.

Термин «**геронтология**» в научный обиход был введен выдающимся русским микробиологом, лауреатом Нобелевской премии (1908) И.И. Мечниковым.

**Социальная геронтология** – это решение практических, а затем и теоретических вопросов положения пожилых и старых людей в обществе. Родиной социальной геронтологии считается США, которые первыми столкнулись с экономическими проблемами старых людей. Потрясения, вызванные "большой депрессией", и массовые движения старых людей в тридцатые годы двадцатого столетия впервые показали, что их социально-психологические трудности представляют собой острую социальную проблему. В 1928 г. была организована американская ассоциация защиты старости, а в середине шестидесятых годов в Мичиганском университете была разработана программа новой учебной дисциплины - социальной геронтологии.

*Социальная геронтология изучает биологические процессы старения человека с целью найти социальные меры и возможности сохранить телесную и духовную значимость, свойственную пожилому и старческому возрасту.*

Социальные проблемы условий существования и образ жизни стареющего человека выходят здесь на первый план.

Социальная геронтология неотделима от социологии, социальной психологии, философии, статистики, индустрии, экономики, социальной и индивидуальной гигиены; тесно связана с вопросами общей культуры, являясь в определенной степени ее мерилom, если иметь в виду степень заботы государства, общества и семьи о старом человеке, его соматическом и психическом благополучии.

В центре внимания социальной геронтологии находятся:

- переживания стареющих людей;
- причины раннего профессионального старения;
- предпенсионный и пенсионный периоды жизни;
- трудоспособность;
- профессиональная и социальная активность пожилых и старых людей;
- место и положение стареющих людей в обществе;
- социальная политика в отношении стареющих людей.

### **Функции социальной геронтологии**

Функции социальной геронтологии - это основные социальные роли, которые она выполняет при решении своих основных задач:

- изучение закономерностей демографических сдвигов в стране;
- выявление и анализ социальных и экономических последствий старения населения, причин относительно низкой продолжительности жизни и высокой смертности людей предпенсионного и пенсионного возраста;
- решение проблем повышения качества жизни старых людей, распределения части национального дохода в их пользу, развития для них служб здоровья, изменения пенсионного законодательства, предоставления пенсионерам возможности трудиться;
- создание оптимального уклада семейной и общественной жизни, чтобы в нем нашлось достойное место для старых людей.

Научные исследования в социальной геронтологии ведутся в трех направлениях:

- изучение индивидуальных переживаний старых людей;

- изучение места и положения старых людей в обществе;
- изучение социальной политики в отношении старых людей.

В центре внимания социальной геронтологии оказываются и причины раннего профессионального старения, предпенсионный и пенсионный периоды жизни, трудоспособность, профессиональная и социальная активность старых людей.

**Работа с пожилыми людьми основана на понимании того, что работа со стареющим и престарелым человеком отличается от работы с лицами молодого возраста.** Несмотря на то что в трудных жизненных ситуациях у пожилого человека много проблем общих с молодыми клиентами социальных агентств, но встреча с пожилыми требует от социального работника особых знаний, навыков, умений. Кроме того, в настоящее время в социальной работе наблюдается повсеместная тенденция: лица, посвящающие себя уходу за старыми людьми и работе с ними, это молодые люди. С этих позиций особенностью геронтосоциальной работы является встреча разных поколений.

Возрастная разница в пятьдесят лет вносит в отношения с клиентом свою особую специфику. Нередко некоторые аспекты поведения старых людей вызывают неприятие и удивление молодых, кажутся им необычными или аморальными, на самом деле находятся в рамках культурной нормы прошлого поколения и не свидетельствуют об ухудшении умственных способностей человека. В старом человеке мы видим сегодняшней облик и практически не можем представить его себе ребенком, красивым, сильным, самоуверенным человеком в расцвете лет, устремленным в будущее. Тогда как очень важно, видя перед собой старого и больного человека, воссоздать его облик и помнить, что он несет в себе прошлый опыт: детство и юность, молодость и зрелость.

Социальная геронтология имеет еще один важнейший аспект своей деятельности - **социальную работу, цель которой состоит в:**

- оказании практической помощи пожилым и старым людям, семьям и группам лиц старческого возраста с низким уровнем благосостояния и нарушенными социальными контактами;
- социальной реабилитации пожилых и старых людей, создании условий, повышающих их социальную активность;



- формировании политики социальной защиты в отношении пожилых и старых людей;
- разработке превентивных программ по устранению отрицательных последствий старения и старости;
- проведении социальных экспериментов с целью получения объективно подтвержденных результатов для создания банка данных по улучшению жизненных условий и материального благополучия старых людей.

**В постановлении Генеральной Ассамблеи ООН (1999г.) определены основные принципы в отношении пожилых людей.** Эти принципы призваны «привнести жизнь в годы, добавленные к жизни», они объединены в пять групп:

1. Независимость
2. Участие
3. Уход
4. Реализация внутреннего потенциала
5. Достоинство

**Принцип «независимость»** подразумевает доступ пожилых людей к основным благам и обслуживанию, возможность работать или заниматься другими видами приносящей доход деятельности, участвовать в определении сроков прекращения трудовой деятельности, сохранять возможность участия в программах образования и профессиональной подготовки, жить в безопасных условиях с учетом личных склонностей и изменяющегося состояния, получать содействие в проживании в домашних условиях до тех пор, пока это возможно.

**Принцип «участие»** отражает вопросы вовлеченности пожилых людей в жизнь общества и активного участия в разработке и осуществлении затрагивающей их благосостояние политики, возможность создавать движения или ассоциации лиц пожилого возраста.

**Принцип «уход»** затрагивает проблемы обеспеченности уходом и защитой со стороны семьи и общества, доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального состояния и предупреждения заболеваний, доступа к социальным и правовым услугам, пользования услугами попечительских учреждений и

обязательного соблюдения в социальных учреждениях прав человека и основных свобод, включая полное уважение достоинства, убеждений, нужд и личной жизни, а также права принимать решения в отношении ухода и качества жизни.

**Принцип «реализация внутреннего потенциала»** призывает к тому, чтобы пожилые люди имели возможности для всесторонней реализации своего потенциала, чтобы им всегда был открыт доступ к общественным ценностям в области образования, культуры, духовной жизни и отдыха.

**Принцип «достоинство»** затрагивает вопросы недопущения эксплуатации, физического или психологического насилия в отношении пожилых людей, обеспечения им права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса, а также от предыдущего экономического вклада.

*Принципы ориентированы на то, чтобы при их осуществлении помочь людям старшего возраста вести полноценную и плодотворную жизнь и обеспечить им условия, необходимые для поддержания или достижения удовлетворительного качества жизни.*

### **Характеристики старения и старости**

**Старость** - естественный и закономерный период индивидуального возрастного биопсихосоциального развития, характеризующий последнюю (завершающую) фазу человеческой жизни.

Являясь заключительным этапом старения, она обусловлена преимущественно нарастающей функциональной недостаточностью вследствие внутренних и внешних воздействий, которым человек подвергался в процессе своего развития и последующей жизни.

*Старость в первую очередь - это биологический феномен, который сопровождается серьезными психологическими и социальными изменениями.*

Многие исследователи рассматривают ее как совокупность потерь или утрат - экономических, социальных, индивидуальных, которые могут означать потерю автономии в этот период жизни. В то же время отмечается, что это своего рода кульминационный момент аккумуляции опыта и знаний, интеллекта и личностного

потенциала пожилых людей, позволяющего приспособиться к возрастным изменениям.

Выделяют несколько видов старости: хронологическую, физиологическую, психологическую, социальную. **Хронологическая старость** определяется количеством прожитых лет, **физиологическая** – состоянием здоровья и выраженностью морфофункциональных изменений организма, обусловленных старением, **психологическая** – самоощущениями человека и состоянием его психоэмоциональной сферы, **социальная** – местом личности в социальном окружении и возрастной структуре общества. Названные виды старости в своем конкретном выражении взаимосвязаны и дополняют друг друга. По мере старения, подводящего организм к состоянию старости, возникает и далее неуклонно прогрессирует соматическая патология, которая, собственно, и приводит к смерти

**Старение** - многозвеньевой постоянно развивающийся (бесперывный), нарастающий во времени, поступательный (необратимый) разрушительный процесс, который приводит к сокращению приспособительных возможностей организма и увеличению вероятности смерти.

Исследование процесса старения показывает, что в течение жизни в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия различных внешних и внутренних факторов наступает определенный момент, в котором процесс развития, то есть обогащения и усложнения функционирования внутренних органов, замедляется, а впоследствии переходит в стадию инволюции.

Сам по себе процесс старения начинается с момента становления и развития человека. *Процесс старения заложен в генетическую программу и обуславливает использование как энергетического, так и психологического запаса человека.* В самом общем виде под старением понимают динамические явления, связанные с преобладанием темпов деструктивных процессов над реконструктивными, а старость - достижение некоторого предела этих изменений.

**В геронтологии оперируют понятиями календарный и биологический возраст.**

**Календарный возраст** - это хронологический астрономический возраст, который определяется на основании даты рождения, документально

подтвержденной. Сам по себе календарный возраст не пригоден для исследования динамики и характера старения. Для этой цели в геронтологии используются тесты количественного измерения изменений, происходящих в результате инволюционно-атрофических процессов во всех периодах онтогенеза. Это тесты функциональных изменений в основных системах и тесты для оценки иммунобиологических и психических изменений в организме при старении.

**Биологический возраст** - это мера старения организма, его здоровья, предстоящей продолжительности жизни. Он определяется набором специальных тестов и показателей. По существу, это функциональный возраст, который зависит от личных качеств и от условий, в которых проходила жизнь данного человека. По мнению одних ученых, это видовая продолжительность жизни, другие считают его максимальной продолжительностью жизни отдельных индивидов из популяции, третьи рассматривают его как соответствие между изменениями в организме и календарным возрастом. Определение биологического возраста очень важно для разграничения физиологического и преждевременного старения, разработки профилактических мероприятий, социального устройства человека, проведения пенсионной политики.

**Чем больше календарный возраст человека опережает биологический, тем менее темп его старения, тем больше продолжительность жизни этого человека.**

**Обусловленные старением изменения** - это физиологические процессы, которые, по мнению многих ученых, первично не являются заболеваниями, но все же приводят к ограничению функциональных возможностей организма и снижению его устойчивости к вредным различным влияниям. *Нужно разграничивать старение, как длительный неравномерный процесс, и старость, как его заключительную фазу, характер и время наступления которой определяются скоростью и интенсивностью физиологического старения, зависящими, в свою очередь, от многих причин.*

**Ритм старения** существенно зависит от образа жизни пожилых людей (как правило, пенсионеров), их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов. Старость, как период жизни людей

вбирает в себя многие коренные проблемы как биолого-медицинской сферы, так и вопросы социального и личного быта общества и каждой индивидуальности. В этот период перед пожилыми людьми возникает много проблем, так как пожилые люди относятся к категории «маломобильного» населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это может быть связано с дефектами физического состояния, вызванного заболеваниями с пониженной двигательной активностью. Кроме этого социальная незащищенность пожилых людей связана с наличием психического расстройства, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним.

Повышенная социальная уязвимость пожилых граждан связана также и с экономическими факторами: небольшими размерами получаемых пенсий (большая часть пенсионеров), низкой возможностью трудоустройства, как на предприятиях, так и в получении работы на дому.

Современные представления о старении базируются на следующих положениях:

- ✓ старение и старость являются закономерным процессом возрастных изменений, происходящих в ходе онтогенетического развития на всех уровнях жизнедеятельности;
- ✓ старение клеток, органов, функциональных систем и психических процессов происходит неравномерно (индивиды созревают и развиваются неравномерно, а разные аспекты и критерии зрелости имеют для них неодинаковое значение);
- ✓ процесс старения сопровождается ослаблением обмена веществ и одновременно приспособлением всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности.

Физиологическое старение - постепенно наступающее и постепенно развивающееся, связанное с видовыми особенностями возрастных изменений, ограничение возможностей адаптации организма к среде, с увеличивающейся вероятностью смерти.

Естественное (физиологическое, нормальное) старение протекает в физиологически нормальном темпе и соответствует средним (типичным)

характеристикам последовательности возрастных изменений и биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.

**Замедленное** (ретардированное) старение отличается более медленным, чем у всей популяции, темпом возрастных изменений, предельным проявлением этого типа старения является феномен долголетия

**Долголетие** (долгожительство) - биологический и социальный феномен доживания человека до высоких возрастных рубежей. В основе его лежит изменчивость нормальной продолжительности человеческой жизни, зависящая от многих факторов.

**Основными факторами долголетия** являются биологические предпосылки - наследственность, тип высшей нервной деятельности, изменения в результате перенесенных заболеваний; социально-экономические условия, природно-географическая среда и др.

Имеется научное предположение о существовании наследственной «продленной программы» жизни, или наследственного комплекса морфофункциональных показателей, способствующих потенциально хорошему здоровью.

**Преждевременное** (патологическое, ускоренное) старение характеризуется преждевременным (досрочным) развитием возрастных изменений или более ярким их проявлением в тот или иной возрастной период. Преждевременное старение - любое частичное или более общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что данное лицо опережает средний уровень старения своей возрастной группы. Основным методом диагностики синдрома преждевременного старения является определение биологического возраста.

*Преждевременное старение в отличие от физиологического (естественного) старения - весьма распространенное явление. Для большинства пожилых и старых людей характерны разные степени преждевременной старости.*

Оно может зависеть от многих причин - как внутренних, так и от влияния внешних факторов. Преждевременному старению могут способствовать болезни, которые развиваются быстро, приводят к одряхлению и инвалидности. Например, атеросклероз является одним из основных факторов, определяющих характер

старения и его темп. Обычно биологический возраст людей, страдающих атеросклерозом более продвинуто, сравнительно с их возрастной «нормой» на 10 - 15 лет.

Неравномерность в подверженности возрастному инволютивному процессу различных органов и систем составляет индивидуальность старения.

**Неравномерность старения находит выражение в:**

I. ГЕТЕРОТОПНОСТИ - неодинаковой выраженности процесса старения в разных структурах одного и того же органа.

II. ГЕТЕРОХРОННОСТИ - различных во времени сроках наступления старения отдельных органов и тканей органов.

III. ГЕТЕРОКИНЕЧНОСТИ - неодинаковой скорости развития возрастных изменений.

IV. ГЕТЕРОКАТЕФТЕННОСТИ - разноплановости возрастных изменений, связанных с подавлением одних и активизацией других жизненных процессов в стареющем организме.

По существу, каждая из указанных характеристик старения является функцией времени, представляя конкретный вид и форму хронопатологии инволюционного процесса.

Неизбежным исходом старения является смерть, которая наступает в результате несовместимых с жизнью тяжёлых нарушений физиологических функций организма.

Наиболее частым показателем старения общества является участие людей старшего возраста в его структуре, этот показатель выражается в процентах. Нижняя граница старости обычно считается 60-65 лет. Глубокими стариками считаются люди в возрасте 80 лет и старше.

Распространено мнение, что главным фактором старения населения является снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Однако это не соответствует действительности. Главную роль в этом играет снижение уровня рождаемости. Ибо чем меньше рождается детей, тем впоследствии увеличивается доля людей старшего возраста. Если старение индивида - необратимый процесс, который завершается со смертью, то “демографическое старение” - обратимое

явление. “Омоложение” населения может наступить только при увеличении рождаемости, когда в структуре населения увеличивается доля детей и молодежи, а доля людей старшего возраста соответственно уменьшается.

Две главные тенденции характеризуют демографические процессы на Земле:

а) районы с низкой рождаемостью, низкой детской смертностью, с высокой продолжительностью жизни - это модель “старого населения”;

б) районы с высокой рождаемостью, высокой общей и детской смертностью, высоким темпом естественного прироста, низкой средней продолжительностью жизни - модель “молодого населения”.

**Демографическая старость считается:**

- подвижной при проценте лиц старше 60 лет к общему числу населения - от 12 до 14%;

- стабильной - проценте этих лиц от 15 до 19%;

- сенильной депопуляцией - свыше 20%.

В течение тысячелетий средняя продолжительность жизни человека колебалась в узких границах от 18 до 30 лет. К началу XVII века в результате постепенного, но неуклонного улучшения бытовых условий средняя продолжительность жизни в ряде стран Европы стала превышать 30-летний уровень. На рубеже XIX и XX веков великие научные достижения в биологии и медицине, подъем общей культуры и культуры здоровья, широкомасштабные санитарно-гигиенические мероприятия способствовали существенному снижению детской смертности, а также снижению смертности в средних и старших возрастных группах в индустриально развитых европейских странах.

После 2-й мировой войны эти изменения произошли в развивающихся странах. В настоящее время средняя продолжительность жизни в Великобритании и США достигает 76 лет, во Франции - 77 лет, в Канаде - 78 лет, в Японии - 80 лет. Увеличилась также средняя продолжительность предстоящей жизни той части популяции, которой суждено дожить до старости. К 1970 г. Советский Союз отличался наивысшим ростом средней продолжительности предстоящей жизни новорожденных.



Особенно выражены половые различия в средней продолжительности жизни.

В 1880 - 1970 гг. средняя продолжительность в экономически развитых странах у мужчин увеличилась почти на 25 лет с 43,9 года до 68,1 года, а у женщин - почти на 30 лет с 46,5 года до 74,7 года. В настоящее время разница между средней продолжительностью жизни у мужчин и женщин достигает 10 и более лет.

Причины различий в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами кроются, прежде всего, в социальных факторах: в характере труда, более интенсивного и тяжелого у мужчин, их более высокой ангажированности, высокой степени алкоголизма, курения и травматизма. Существуют и чисто биологические факторы, которые имеют не меньшее значение. Общеизвестно, что в популяции мальчиков рождается больше, чем девочек. Но мальчики умирают чаще всего еще в детском возрасте и позже число мужчин становится меньше во всех возрастных периодах. В глубокой старости у столетних соотношение между мужчинами и женщинами становится 1:3.

Эпидемиологические данные убедительно свидетельствуют о том, что заболеваемость у мужчин выше, чем у женщин. Мужчины умирают в 7,5 раз чаще от инфаркта миокарда в возрасте от 40 до 49 лет; в 5,5 раз - в возрасте 50-55 лет и в 2,5 раза - в возрасте старше 60 лет. Различия в продолжительности жизни у мужчин и женщин объясняются и генетическими различиями в хромосомном аппарате ядра клетки, в наличии двойного набора X-хромосом у женщин, которое определяет более высокую надежность важных механизмов биологической регуляции клетки.

## **2. Социально-психологические теории старения**

### *1. Социально-психологические теории старения.*

Существует несколько теорий, описывающих взаимодействие общества и человека позднего возраста.

Одна из первых социально-психологических теорий старения — «теория разобобществления» — была создана американскими учеными Э. Каммингом и У. Генри. В соответствии с этой теорией у старого человека меняется мотивация

трудоу деятельности. Всех пожилых людей можно разделить на **три группы** в зависимости от имеющейся у них психической энергии.

1. **Первая группа** включает тех, кто чувствует себя достаточно бодрым и энергичным, продолжает трудиться, выполняя общественные обязанности, оставаясь на том же рабочем месте, что и в зрелые годы.
2. **Вторая группа** включает тех, кто не работает по найму, не выполняет общественных обязанностей, а наслаждается своим собственным делом, которое называет хобби. Эти люди имеют достаточно энергии, чтобы быть занятыми.
3. **Третья группа** включает людей со слабой психической энергией, действительно занятых, главным образом, собой.

**Таким образом, старение — это процесс перехода экстравертированности в интровертированность, в результате чего происходит утрата общественных связей.**

Одной из первых стала теория социального освобождения. Она предполагает возникновение пропасти между личностью и обществом, снижение энергии личности и уменьшение количества постоянных социальных контактов за счет выхода на пенсию, потери близких и ухода взрослых детей из родительского гнезда. В данной теории одиночество пожилого человека и трудности взаимодействия с обществом рассматриваются как само собой разумеющиеся.

Эта теория критикуется за актуализацию политики сегрегации, даже равнодушия к старым людям, и пропаганду деструктивного убеждения в том, что пожилой человек не нужен обществу и общество не нужно ему. На поздних этапах жизни качество активности и отношений может стать более важным, чем их количество, поэтому отношения с другими, особенно с внуками, соседями, друзьями, могут заменить утраченные. Как результат – пожилым людям легче найти себе занятие и способы проявить активность. Многие пожилые люди остаются активными, включенными в социальную жизнь. Это описывает альтернативная точка зрения – теория активности. Согласно ей, пожилые – такие же, как и люди среднего возраста, они имеют схожие психологические и социальные потребности, за исключением неминуемых изменений в физиологии и состоянии здоровья.

Многие люди преклонного возраста удовлетворены собственной жизнью и не имеют тенденции удаляться от общественной деятельности. Таким образом, отдаление от общества является собственным выбором человека, а не обязательным атрибутом старения.

Что, если человек в старости не хочет сохранять тот же уровень социальной активности, что и прежде? Теория социального обмена рассматривает уменьшение социальных обязанностей в старости и, соответственно, более свободный образ жизни как несомненное возрастное преимущество.

В теории меньшинств (или «наименования и маргинальности») пожилые люди понимаются как представители меньшинства, ущемляемого и дискриминируемого. В рамках данной теории было сформулировано понятие «эйджизм», означающее возрастную дискриминацию, пренебрежительное отношение к человеку в силу его возраста. Этот термин можно распространить на представителей различных возрастов, но чаще он применяется в отношении пожилых.

Теория субкультур определяет пожилых как группу людей с совокупностью своеобразных норм и ценностей, отличающихся от принятых в целом в обществе. Это отличие формируется благодаря уникальному жизненному опыту данной группы, а также в результате ее неприязни и дискриминации. Представители одной и той же субкультуры имеют сходный жизненный опыт и воспринимают друг друга скорее позитивно, что облегчает взаимопонимание между ними. Соответственно, для повышения уровня внутреннего благополучия в рамках теории считается благом создание специальных благоустроенных учреждений для пожилых людей (пансионатов для пожилых, домов престарелых). Однако общение с представителями своей возрастной группы заставляет пожилого человека заикливаться на болезнях и проблемах своего возраста.

*В соответствии с «теорией символического интеракционизма» Дж. Мида проблемы старения и старости — это проблема взаимоприспособления индивидов. Для пожилых людей — это приспособление к молодым, «обобщенным другим», которые в данном случае выступают как изменившееся общество в целом, к самому состоянию собственной старости.*

С другой стороны, общество должно приспособиться к тому, что значительной его частью становятся люди старшего возраста, что его демографическая структура приобретает новый вид. И если приспособительные способности стариков вырабатывались веками, то общество впервые столкнулось с необходимостью приспособляться к собственной старости и оказалось к этому не готово. Следовательно, адаптация общества к новой ситуации будет носить созидательный, стабилизирующий характер.

*Одна из последних теорий, предложенная в качестве альтернативы предыдущим, — «модель счастливой (успешной) старости» П. Балтеса — построена на идее восполнения «потерь» в старости процессами отбора, компенсации и оптимизации.*

Суть данной теории такова. Реакцией на биологические, психологические и социальные изменения (смена жилья, окружения, сокращение коммуникации, потеря партнера и т.д.) должна быть селекция, отбор, волевое решение. Даже если человек физически тяжело болен, он все равно не выключается из процесса принятия решений: в какой больнице он хотел бы находиться, какая помощь ему необходима, какую телепрограмму он будет смотреть, когда и кому ему позвонить и т.д.

Компенсация, следующий компонент модели, включается тогда, когда какие-либо цели, способности или виды деятельности окончательно потеряны для индивида. Смысл компенсации — найти другие возможные цели, способности или виды деятельности, которые могли бы заменить утраченные, т.е. добиться результата другим путем. Компенсация концентрируется на создании релевантных целей и выявлении ресурсов возможностей.

Оптимизация предполагает усиление, закрепление продукта деятельности или активных ресурсов для достижения конечной цели, т.е. наиболее интенсивное стремление к уже определенной цели или надежде. В процессе оптимизации продукт деятельности приводит к новым целям и успешному их достижению. Таким образом, счастье определяется наличием целей вообще, минимализацией потерь и максимализацией достижений.

Данная модель послужила основой для создания *«теории социально-эмоционального отбора» Б. Карстенсена*, согласно которой снижение количества социальных контактов на протяжении жизни является результатом изменений в системе мотиваций. Социальный отбор делает возможным создание такой социальной среды, которая максимализирует позитивный опыт и возможности и минимализирует нежелательные негативные явления. Таким образом, активное создание социального окружения делает возможным предсказание социальных последствий и, следовательно, контроль и самоэффективность личности.

Карстенсен считает, что реализация социальных контактов имеет три основных цели: получение нового знания, развитие и сохранение положительного мнения о себе, регулирование эмоций.

Процессы социального отбора в состоянии компенсировать потери, которые неизбежны в старости. Социальные функции становятся более важными, чем, например, получение новой информации. С одной стороны, снижается создание новых контактов по разным причинам (состояние здоровья, смена жилищных условий), с другой стороны, престарелые очень охотно идут на сближение с другими людьми (участие в образовательном или творческом процессе). Из-за увеличения количества свободного времени, смены образа жизни усиливается отбор и оптимизируются уже сложившиеся отношения — пожилые люди уделяют больше внимания контактам с детьми и внуками, соседями, а также с теми, с кем не общались так интенсивно в допенсионном возрасте. Круг знакомств не расширяется, но меняется качество отношений.

Американский психолог Э. Эриксон в «эпигенетической теории» рассматривает развитие личности на всем протяжении жизни. Психика индивида обусловлена социокультурными условиями. Развитие личности Э. Эриксон разделяет на 8 стадий, последняя из которых (65 лет и больше) обозначается как поздняя зрелость. В этот период у человека ухудшается здоровье, он стремится к уединению, переживает смерть супруга, друзей-ровесников. Он сталкивается не столько с психосоциальным кризисом, сколько с интегративной оценкой всей прожитой жизни. Только в старости, по мнению Эриксона, приходит настоящая зрелость, позволяющая человеку оценить предшествующий опыт и достижения. Это

полюс, обозначенный им как мудрость. На другом полюсе находятся старые люди, не реализовавшие себя, осознающие невозможность начать все сначала. У них преобладают два типа раздражения: сожаление о невозможности пережить свою жизнь заново и отрицание своих недостатков с перенесением их на окружающий мир.

Для геронтологии данная концепция интересна тем, что проблемы людей старшего поколения рассматриваются в ней как определяемый возрастом особый психосоциальный кризис, а объясняются по аналогии с конфликтами и фрустрациями предшествующих возрастных периодов.

Б.Г. Ананьев, изучая *«парадокс завершения человеческой жизни»*, указывал на то, что умирание форм человеческого существования наступает нередко раньше, чем «физическое одряхление» от старости. С этой позицией согласен С.Л. Рубинштейн, который считал, что есть два основных способа существования человека и, соответственно, два отношения его к жизни. **Первый** — жизнь, не выходящая за пределы непосредственных связей, в которых живет человек (сначала мать и отец, затем друзья, учителя, брачный партнер, дети и т.д.). Здесь человек весь внутри своей жизни и всякое его отношение — это отношение к отдельным явлениям, но не к жизни в целом. В результате он не выключается из жизни и не может занять мысленно позицию вне нее для рефлексии над ней.

**Второй** способ связан с появлением рефлексии. Она как бы приостанавливает этот непрерывный процесс жизни и выводит человека мысленно за ее пределы. Человек как бы занимает позицию вне нее.

Взгляды С.Л. Рубинштейна перекликаются с концепцией Б.С. Братуся, в которой личность рассматривается как орган или орудие приобщения к родовой сущности человека. Для того чтобы реализовать свою родовую сущность, человек в первую очередь должен быть направлен не на самого себя, а вовне, на человечество, и для этого смысл его жизни должен отражать некоторые общечеловеческие ценности.

Таким образом, анализ современных теоретических исследований в области геронтологии показывает, что старость может и должна быть плодотворным

периодом жизни и старшие поколения в состоянии преодолеть негативные стереотипы, устоявшиеся в общественном сознании.

Обобщая рассмотренные концепции, можно предположить, что положение пожилого человека в обществе, принадлежность его к той или иной группе определяется зарядом «психической энергии», а вид социальной активности — жизненным опытом, общественной культурой, личностными особенностями и продуктивной установкой оценивать свою жизнь по критерию успехов, достижений, счастливых моментов.

Пожилой возраст анализируется в различных направлениях психологии.

В рамках экзистенциализма старость рассматривается не просто как естественный, но как благоприятный период жизни, целью которого является достижение мудрости. Старость избавляет человека от диктата внешних обстоятельств: он перестает исполнять множество обязанностей, связанных с трудовой деятельностью и воспитанием детей. В итоге он обретает большую свободу, чем в период взрослости. Согласно теории «последнего взгляда», разработанной в рамках этого направления, главной задачей старости является подведение итогов прошедшей жизни.

Одним из общепринятых постулатов отечественной психологии деятельности является представление о том, что в процессе жизненного пути личность всегда развивается. И поздний возраст не является исключением.

Одним из ее подходов является анализ жизненного опыта как важнейшего психологического новообразования пожилого возраста и старости. Исследователями подчеркивается, что, наряду с инволюционными, наблюдаются процессы прогрессивного развития, целью которых становится достижение нового уровня взаимосвязи личности и окружающего мира, прежде всего социального.

Созвучной подходу анализа жизненного опыта выступает теория психологического витайкта (лат. *vita* — жизнь, *auctum* — увеличивать), базирующаяся на адаптационно-регуляторной концепции В. В. Фролькиса. В данной концепции подчеркивается, что в преклонном возрасте наряду с процессами разрушения организма происходят процессы компенсации, восстановления, репарации, защиты и резервации.

Последняя теория – теория модернизации – объясняет общее ухудшение положения пожилых людей как следствие научно-технического прогресса в начале XX в. Причинами этого считаются урбанизация (переезд молодых в города с разрывом связей внутри многопоколенной семьи), рост массового образования (что лишило пожилых людей функции источника мудрости в обществе), технологический прогресс (что привело к созданию рабочих мест, на которых не могут работать пожилые люди), а также успехи здравоохранения (которые привели к увеличению продолжительности жизни человека и, в частности, периода вынужденного бездействия с понижением статуса и ухудшением материального положения). Однако исследования показали, что изменение отношения к пожилым началось раньше и не было вызвано процессами модернизации.

Итак, представители различных психологических подходов единодушны в том, что старость является одним из важнейших периодов в жизни личности. Это период не просто подведения итогов собственной жизни, но и конструктивного психологического развития, движения вперед к целостности собственной личности и достижению мудрости.

Единой концепции старения в психологии, как и в биологии, не существует. И причины этого весьма схожи: обилие возрастных изменений, их гетерохронность, различная направленность и интенсивность.

### **3. Социальная значимость медицинских проблем старшего поколения**

1. *Наличие проблем связанных со здоровьем.*
2. *Потребности в медико-социальной сфере.*
3. *Этапы оказания всесторонней помощи.*

Важнейшими характеристиками состояния пожилого населения являются показатели средней продолжительности жизни и смертности. Динамика этих показателей в России носит позитивный характер и может сохраниться в перспективе при условии сохранения сложившейся траектории факторов их



формирования, в том числе уровней и качества жизни, социального обслуживания и медицинской помощи, предоставляемой данной группе населения.

По этой причине, при реализации государственной политики и практических мероприятий, направленных на улучшение положения пожилых людей, следует учитывать наличие ряда проблем, связанных с их здоровьем.

1. Повышенный уровень общей заболеваемости пожилых людей. В 2018 году он составлял 208 228,9 человека на 100 тыс. человек населения, что в 1,3 раза превышает аналогичный показатель по населению страны в целом (161 061,8 человека на 100 тыс. человек населения)
2. Наличие у пожилых людей хронических заболеваний, порождающих потребность в медицинской помощи. Судя по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проводимого Росстатом (далее — КОУЖ), каждый второй респондент в возрасте старше трудоспособного указал на наличие хронического заболевания (2011год — 58,6%, 2014 год — 55,3%). По этой причине 2/3 пожилых людей, имеющих хронические заболевания, находятся под диспансерным наблюдением.

Нуждаемость в медицинской помощи отмечалась в 2018 году 43,8% лиц в возрасте старше трудоспособного, что в 1,6 раза выше аналогичного показателя у всех респондентов в возрасте 15 лет и старше.

3. Наличие у пожилых людей проблем, связанных с возможностями прохождения назначенного курса лечения (обследования) в медицинских учреждениях. Согласно данным КОУЖ, причинами того, что в 2018 году лица старше трудоспособного возраста не прошли назначенный курс лечения (обследования) в специализированных медицинских учреждениях, являются:
  - ✓ ожидание очереди — 35,6%;
  - ✓ предлагается платное лечение, на которое нет средств — 28,9%;
  - ✓ нет средств на покупку лекарств, медикаментов, другие причины — 27,1%;
  - ✓ не определено место для продолжения лечения — 8,3%.
4. Наличие у пожилых людей проблем, сдерживающих их обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения. Из данных КОУЖ следует,

что 41,3% лиц старше трудоспособного возраста не обращались в 2014 году в медицинские учреждения даже при наличии потребности в медицинской помощи.

Можно сделать вывод о том, что в настоящее время существует ряд барьеров, негативно влияющих на состояние здоровья пожилых людей, требующих устранения в рамках развития системы здравоохранения в России. Часть этих барьеров, связанных с финансированием здравоохранения, представляется возможным устранить за счет развития системы добровольного медицинского страхования, а также путем модификации подходов к формированию параметров базовой программы обязательного медицинского страхования. Последнее предполагает введение повышенных для пожилого населения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативов финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо. Кроме того, целесообразна корректировка перечня критериев качества медицинской помощи, входящих в состав программы государственных гарантий бесплатного оказания помощи гражданам путем их дифференциации по трем основным возрастным группам населения (население моложе трудоспособного возраста, трудоспособного возраста, старше трудоспособного возраста).

Успехи современной медицины заставили отступить многие считавшиеся ранее безнадежными недуги. Это существенный фактор того, что мы продолжаем жить дольше и дольше оставаться молодыми. Применительно к проблеме реализации представителями старшего поколения своих прав особое значение имеют нормы оказания медицинской помощи лицам старших возрастных групп.

*Пожилые люди испытывают множество неудовлетворенных потребностей в медико-социальной сфере.* У них имеются разнообразные медицинские проблемы и функциональные ограничения, что обуславливает необходимость для них комплексных мероприятий медицинской и социальной помощи. Старение населения в нашей стране, как и в других развитых странах, происходит нарастающими темпами. Люди стали жить дольше, благодаря чему доля населения старше 60 лет

увеличилась, причем численность старшей возрастной группы с 60 до 90 лет увеличивается в 4—5 раз быстрее, чем общая численность населения.

При переходе за рубеж 65-летнего возраста люди теперь продолжают жить в среднем 10—15 лет.

В этом возрасте люди умирают в основном вследствие тяжелых хронических заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения, злокачественные опухоли, которые требуют высокотехнологичного лечения и длительной реабилитации. При организации им медицинской помощи возникают дополнительные сложности из-за того, что у пожилых диагностировать и лечить основное заболевание необходимо с обязательным учетом сопутствующей патологии, поскольку пожилые люди в 80% случаев одновременно страдают несколькими хроническими недугами и каждый из них утяжеляет течение другого, в конечном итоге приводя к фатальному исходу.

Таким образом, потребности в медицинской помощи лицам старшего возраста и затраты на ее оказание значительно выше, чем у равной по численности группе населения молодого и среднего возраста.

Руководители органов государственной власти и органов управления здравоохранением должны учитывать и тот факт, что по мере старения населения уменьшается доля молодых, трудоспособных людей в структуре населения, что негативно влияет на объем внутреннего валового продукта, а значит и доходы бюджета.

На этом фоне возникают серьезные финансовые последствия для системы здравоохранения. Растущее число пожилых людей потребует от отрасли оказания более эффективной помощи старшим возрастным группам и перестройки принципов оказания медицинской помощи населению на всех этапах жизни человека. Достижения медицины все в большей степени позволяют продлевать продолжительность жизни в пожилом возрасте, сохраняя хороший и вполне удовлетворительный уровень состояния здоровья, что тем не менее следует рассматривать как фактор роста расходов на здравоохранение. В этой связи, перед здравоохранением возникают задачи

рационального поиска «экономного» решения вопросов, связанных с медицинскими проблемами граждан старших возрастов на фоне старения населения. Все более важным становится предоставление пациентам различных возрастных групп такого пакета медицинских услуг, который бы соответствующим образом способствовал сохранению сложившегося здоровья и обеспечивал активный образ жизни.

При планировании сети больничных учреждений (подразделений) для лечения указанного контингента необходимо учитывать, что длительность пребывания на больничной койке лиц пожилого возраста выше, чем молодых с аналогичными заболеваниями, что требует осуществления мер целенаправленного характера на создание системы гериатрической помощи. При этом требуется более тесное взаимодействие органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, совместное решение поставленных задач на основе объединения финансовых и других ресурсов.

Проблема обеспеченности пожилых людей медицинской помощью состоит в том, что занимая в структуре населения около трети общей численности, эта группа использует значительные ресурсы здравоохранения. В среднем пожилые люди в 2,5 раза чаще обращаются к врачам, в 2 раза чаще госпитализируются, в 1,5 раза дольше находятся на больничной койке. Таким образом, финансовые затраты на лечение пожилого человека в 2—3 раза превышают таковые на оказание медицинской помощи лицам молодого и среднего возраста. Нуждаемость же лиц пожилого возраста в госпитализации в больничные учреждения удовлетворяется сегодня лишь на уровне 40—50 процентов в силу отсутствия экономической мотивации у врачей поликлиник и бригад скорой помощи в направлении пожилого больного на стационарное лечение, в связи с действующим порядком финансового взаимодействия в системе ОМС. Периодическое больничное лечение по поводу обострения хронических заболеваний требуется для 4—5% лиц пожилого возраста (в Москве это около 200 тыс.) Помимо этого, в длительном пребывании в стационарных учреждениях по медико-социальным показаниям нуждается до 3% пожилых. Кроме заболеваемости, важнейшими факторами, обуславливающими потребность пожилых людей в стационарной медико-социальной помощи, являются ограничения двигательной активности и возрастные изменения психики. По

некоторым данным, физически и психически беспомощны 3—5% лиц пожилого и старческого возраста.

Обобщение отечественного и зарубежного опыта в организации медицинской и медико-социальной помощи старшим возрастным группам населения позволяет сделать вывод о необходимости широкого комплексного подхода к решению этой проблемы. Оптимальным вариантом представляется организация единой городской гериатрической службы, построенной на основе современных принципов:

- ✓ дифференцированного по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса;
- ✓ объединения ресурсов систем здравоохранения и социальной защиты населения;
- ✓ активного развития негосударственных форм и видов учреждений по оказанию медико-социальной помощи пожилым.

Это позволит удовлетворить потребность старших возрастных групп населения в различных видах медицинской (лечебно-диагностической, в т.ч. специализированной) и медико-социальной помощи при наиболее эффективном использовании имеющихся ограниченных ресурсов здравоохранения и социального обеспечения.

В основу организации взаимосвязанных между собой медицинской (гериатрической) и медико-социальной служб положена **этапность оказания всесторонней помощи** пожилым на основе последовательной реализации принципа дифференцированного, по степени интенсивности, лечебно-диагностического процесса на базе следующей организационной схемы:

- ✓ создание в каждой поликлинике кабинета (отделения) гериатрической помощи с дневным стационаром;
- ✓ организация в структуре многопрофильных больниц клинических отделений для лечения лиц пожилого возраста с профессиональной подготовкой медицинского персонала по гериатрии;
- ✓ развитие сети небольших по коечной мощности больниц сестринского ухода различного назначения, в том числе реабилитационного;

- ✓ развитие отделений сестринского обслуживания в составе многопрофильных и специализированных больниц в качестве структурных подразделений «разгрузочного типа» для долечивания и длительного пребывания больных старших возрастных групп, что имеет важное значение для повышения эффективности использования дорогостоящих больничных коек в профильных клинических отделениях;
- ✓ расширение сети учреждений медико-социального назначения как государственной, так и частной формы собственности для постоянного пребывания лиц пожилого и старческого возраста, как правило, одиноко проживающих.

Следует особо подчеркнуть то, что больницы сестринского ухода, гериатрические отделения многопрофильных больниц и медико-социальные учреждения должны иметь все необходимое для диагностического обследования пожилых и их интенсивного, при наличии показаний, лечения на современном уровне.

#### **4. Направления социальной активности пожилых людей**

1. *Социальная активность.*
2. *Факторы социальной активности старшего поколения*
3. *Типология старости И.С. Кона*

Процесс старения общества существенно изменяет его возрастную структуру. С каждым годом число людей третьего возраста увеличивается, возрастает их роль и значимость во всех сферах общественной жизни. В связи с этим актуальной становится задача создания «общества для всех возрастов», конструирования позитивного образа старости, эффективного использования потенциала геронтологической группы населения.

**Социальная активность** – деятельность личности, индивида, направленная на удовлетворение потребностей, создание благоприятных социальных условий, реализацию социальных инициатив, формирование активной жизненной позиции.

*Показателями социальной активности являются мотивированность, желание и инициативность субъектов.* Социальная активность людей старшего возраста заключается, главным образом, в деятельности, направленной на семью и родных, удовлетворение собственных интересов и потребностей. Однако изменения в обществе приводят к постепенному расширению сфер деятельности и интересов пожилых людей, к разнообразию форм социальной активности. Это, в свою очередь, способствует устранению чувства одиночества и отчужденности в старших возрастных группах.

*Социальная активность пожилых людей зависит как от субъективных (личностных качеств отдельного человека, уровня его образования, его мотивации и жизненной позиции), так и от объективных факторов (отношения общества к пожилым людям, совершенствования социального управления, согласования интересов и действий различных социальных институтов)*

1. В качестве **причин снижения социально-экономического статуса** пожилых людей в обществе в научной литературе выделяются следующие:

- прекращение трудовой деятельности,
- низкий уровень пенсии, отсутствие у большинства пожилых людей других источников доходов и помощи со стороны родственников,
- высокие расходы на оплату жилищно-коммунальных услуг и медицинское обслуживание;
- слабая адаптация к новым условиям жизни,
- невозможность повысить уровень образования,
- невостребованность на рынке труда в связи с возрастом;
- слабое здоровье

2. *Сегодня социальный статус пожилых людей в России находится на довольно низком уровне.* Не случайно у многих пожилой возраст ассоциируется исключительно с болезнями, снижением всех видов активности, выходом на пенсию, одиночеством и бездеятельностью. Это противоречит тому факту, что большинство людей пенсионного возраста довольно долго сохраняют свою социальную и личностную активность. Не стоит забывать также и об огромном жизненном и профессиональном опыте старшего поколения.

Статус пожилых людей в современном российском обществе напрямую связан с предыдущим и зависит от ряда факторов: уровня образования, семейного положения, размера дохода, места проживания, занимаемого места в социально-профессиональной структуре до выхода на пенсию, прежнего статуса и престижа.

В современном российском обществе социальный статус пожилых людей можно назвать «смещенным» и даже сниженным. Существующий стереотип старости, когда старость рассматривается как немощность и, соответственно, бесполезность, широко распространен в обществе и оказывает значительное влияние на самих пожилых людей, во многом определяя их активность и отношение к своей жизни на пенсии, к своим возможностям и способностям, правам и обязанностям.

*Главными особенностями социальной активности пожилых* людей являются: инициативность, непритязательность, эмоциональность. Все это приводит в результате к более успешному достижению поставленных целей и задач.

Таким образом, социальную активность пожилых людей можно охарактеризовать как деятельность, направленную на изменение общественной среды и формирование социально активных качеств личности, зависящей во многом от настроения, самочувствия и субъективного состояния пожилого человека. Просматривается определенная закономерность в направлениях деятельности лиц пожилого возраста.

Можно определить конкретные виды деятельности, наиболее характерные для данной социально-возрастной группы:

трудовая,

общественно-политическая,

семейно-бытовая,

культурно-досуговая,

образовательная деятельность, имеют место различного рода общественные объединения и организации.



Все эти направления деятельности способствуют более успешной интеграции в новый социальный статус, раскрытию и реализации накопленного опыта, сохраненной энергии саморазвития.

Продолжение **трудовой деятельности** позволяет пожилому человеку самореализоваться, не чувствовать себя ненужным и отстраненным от повседневности. Мотиватором к этой деятельности выступают жизненные потребности личности, стремление в определенной мере повысить свой профессионализм или поделиться имеющимся опытом, оставаться и в пенсионном возрасте нужным и востребованным.

**Культурно-досуговая и творческая деятельность** способствуют более успешной социально-психологической адаптации пожилых людей, возрастанию активности и стремлений во многих сферах жизнедеятельности. Активный досуг и творческая деятельность позволяют людям старшего поколения развивать креативное и нестереотипное поведение, осваивать зачастую новые для себя виды искусства, находить творческие подходы в решении жизненных ситуаций.

Свободное время становится более структурированным, что в то же время не мешает им заниматься давно любимыми видами деятельности и осваивать новые. **Досуговая деятельность** (активный досуг, занятия спортом, любительская активность: огородничество и садоводство, разведение птиц и т.д.) пожилых людей представляет собой средство самовыражения, самореализации личности. Привлечение пожилых людей к **общественной работе** дает людям чувство морального удовлетворения от выполнения этих обязанностей, эта работа в определенной мере компенсирует прежнюю профессиональную деятельность, для многих она имеет престижное значение. Участие в **волонтерском** движении дает возможность пожилым людям избавиться от собственного одиночества и приносить пользу ближним. *Волонтерство* позволит им не только расширить свои социальные связи и применить свои знания и опыт, накопленные за годы жизни, но и активно реализовать себя в качестве руководителя или обычного участника, повысить свою значимость, как на уровне семьи, так и всего общества в целом.

**Общественно-политическая и социальная деятельность** проявляются в соответствии с личностными потребностями в форме участия пожилых людей в

различных видах деятельности. Все это позволяет им ощущать себя способными контролировать самостоятельно свою жизнь, стать востребованными и активными участниками общественных отношений, стать не потребителями социальных услуг и помощи, а активными организаторами и активистами различных обществ, советов и клубов. Задача состоит в том, чтобы создать условия для активной жизни именно в тот период, когда подступают старческие болезни, слабости и недомогания. Решить многие проблемы старости призван принцип активизации ресурсов для улучшения социального положения представителей третьего возраста.

**Семейно-бытовая сфера** определяет семейные обязанности и ритм жизни. Семья представляет собой матрицу любого проявления социальной жизни в старости. Усиливается посредническая функция пенсионеров, которая реализуется в том, что пожилые члены семьи нередко являются своего рода мостиком между родственниками, связующим звеном в межличностных отношениях, хранителями истории семьи, традиций, семейных альбомов и воспоминаний о «семейном дворе».

**Образовательная деятельность** способствует личностному развитию пожилых людей, сохранению их активной жизненной позиции и приобщению к изменениям современного информационного общества. Геронтологические данные позволяют сделать вывод о том, что структурные изменения, обусловленные возрастом, не являются препятствиями для включения представителей третьего возраста в образовательный процесс. Люди в зрелом и более старшем возрасте обладают хорошей организацией памяти, способностью к верным суждениям относительно неопределённых жизненных ситуаций. Кроме того, обучение в третьем возрасте – наиболее эффективная форма тренировки психических функций. Важным итогом образования в третьем возрасте должно стать позитивное изменение имиджа пожилых людей в обществе, инициация разных форм активности.

**Активная жизненная позиция** позволяет развивать и удовлетворять различные потребности пожилых людей, а именно: в новых знаниях и образовании, коммуникации, самовыражении, поддержании нормальной бытовой сферы и семейных отношений. Сегодня необходимо создание условий для увеличения и реализации социальной активности людей пожилого возраста. На данный момент

корпус эмпирических данных свидетельствует о негативных явлениях, имеющих место в геронтологическом секторе социальной жизни: уровень стресса людей старших возрастных групп неизменно выше, чем у молодых, отмечается тенденция его роста у пенсионеров; пенсионеры по возрасту относятся к группам повышенного суицидального риска.

Существуют разнообразные геронтологические риски, которые неблагоприятно отражаются на пожилых людях, попадающих в группу социальных аутсайдеров:

- социальная изоляция,
- бедность,
- вдовство,
- плохое самочувствие, болезни,
- нарастание степени зависимости,
- отсутствие собственного жилья,
- семейного уюта,.

*Необходимы активные действия государства в направлении повышения социальной активности людей пожилого возраста:*

- ✓ содействовать активизации интеграции граждан третьего возраста во все сферы жизни общества;
- ✓ содействовать распространению позитивного имиджа старости в обществе;
- ✓ совершенствовать социальные программы, мероприятия, направленные на людей старшего возраста;
- ✓ обучать квалифицированные кадры для специальных служб, деятельность которых направлена на удовлетворение потребностей и осуществление гарантий граждан пенсионного возраста.

### **Факторы социальной активности старшего поколения**

Социальная активность определяется как способ жизнедеятельности социального субъекта, заключающийся в осознанной направленности его деятельности на преобразование социальных условий в соответствии с назревшими потребностями, интересами, целями и идеалами, в выдвигении и реализации социальных инициатив,

участии в решении актуальных социальных задач, формировании у себя необходимых социальных качеств. Через социальную активность выражается

- уровень социальных потенциалов субъекта,
- его культура, умения, знания и навыки,
- способность охватывать своей деятельностью окружающий мир, изменять его и вместе с ним самого себя.

Социальную активность можно рассматривать в нескольких аспектах: с одной стороны, как результат воздействия социальной среды, а с другой – как фактор, который определяет эту среду. Она является показателем целеустремленности личности. Вместе с тем было бы неправильно рассматривать социальную активность лишь как «свойство» или «признак» отдельной личности. Это – показатель социальной сущности личности. Формы проявления и цели, и все другие особенности социальной активности порождены обществом, той социальной средой, в которой формируется личность. В этом смысле социальная активность является показателем степени социализации личности, свойственным соответствующим социальным общностям и социальным группам.

Социальная активность – это не просто приспособление личности к тем или иным условиям, главным образом она направлена на их преобразование, осуществляемое целенаправленно и организовано. Преобразование социальных условий является одним из важнейших показателей социальной активности личности.

Активность характеризует деятельность как внутренне мотивированную и проявляется в позитивном отношении к деятельности. Следовательно, показателями активности являются мотивы деятельности, отношение к деятельности, эмоциональный компонент деятельности (рис. 1).



(рис.1)

Социальная активность пожилых людей сгруппирована по **двум основным направлениям**:

- 1) *выполнение повседневной работы в семье;*
- 2) *удовлетворение различного рода своих интересов.*

Оба этих направления взаимосвязаны и способствуют сохранению позитивной самооценки, устраняют чувство ненужности, одиночества, при условии, что им сопутствует материальное обеспечение, соответствующее реальному прожиточному минимуму.

Основными компонентами социальной активности пенсионера, являются самостоятельность, ответственность, инициативность личности в достижении общественно значимых целей, ее способность предпринимать конкретные действия по реализации инициатив и планов.

Актуальность рассматриваемой проблемы определяется **рядом противоречий**, существующих в теории и практике работы с людьми пожилого возраста:

- потенциальные возможности социально-психологической поддержки людей пожилого возраста как средства их активизации и отсутствие научного обоснования технологий и условий реализации этих возможностей;
- востребованность социально-психологических технологий в системе социальной защиты населения и недостаточность теоретической и практической разработки данного вопроса;
- преимущественно опекающий характер деятельности специалистов, работающих с этой категорией населения, и потребность в социально-психологической поддержке, ориентированной на активизацию жизненных сил пожилых людей.

Морфологические изменения в нервной системе при старении, особый социальный статус пожилого человека обуславливают психологические особенности пожилых людей. Существует множество противоречивых мнений, которые отражают различные взгляды исследователей на сущность старения и на трактовку понятия «личность в пожилом возрасте». Но в старости важны не только изменения, происходящие с человеком, но и отношения человека к этим изменениям. **Зависимости типа от характера деятельности, которой старость заполнена, отражены в типологии старости И.С. Кона:**

1. активная, творческая старость, когда человек выходит на заслуженный отдых и, расставшись с профессиональным трудом, продолжает участвовать в общественной жизни, воспитании молодежи и т.д.;
2. старость с хорошей социальной и психологической приспособленностью, когда энергия стареющего человека направлена на устройство собственной жизни – материальное благополучие, отдых, развлечения и самообразование – на все то, на что раньше не доставало времени;
3. **«женский» тип старения** – в этом случае приложение сил пожилого человека находится в семье: в домашней работе, семейных хлопотах, воспитании внуков; поскольку домашняя работа неисчерпаема, таким людям некогда хандрить или скучать, но удовлетворенность жизнью у них обычно ниже, чем у двух предыдущих групп;

4. старость в заботе о здоровье (*«мужской» тип старения*) – в этом случае моральное удовлетворение и заполнение жизни дает забота о здоровье, стимулирующая различные типы активности; но в этом случае человек может придавать излишнее значение своим реальным и мнимым недомоганиям и болезням и его сознание отличается повышенной тревожностью.

**Эти 4 типа И. С. Кон считает психологически благополучными.**

Процесс психического старения индивидуален, но вместе с тем существуют некоторые общие закономерности психического старения человека.

Изменение личности в пожилом возрасте происходит в эмоциональной, интеллектуальной сферах, изменяются основные функции памяти, происходит включение специфических для пожилого человека адаптационных механизмов.

Личностные изменения не в одинаковой степени присущи всем пожилым людям. Общеизвестно, что многие люди до преклонного возраста сохраняют свои личные особенности и творческие возможности.

Влияние социальных и психологических моментов на процесс старения личности заключается в обрыве привычных социальных и психологических связей и пожилого человека, что приводит по существу к социальной депривации, неблагоприятно воздействующей на личность. Этот эффект усиливается в большинстве случаев в ситуации физического и психологического одиночества, столь частой в пожилом возрасте.

Наряду с эмоциональными и личностными особенностями старости, не менее важным является интеллектуальное функционирование в этом пожилом возрасте.

Традиционным взглядом на интеллект пожилых людей была концепция «интеллектуального дефицита», то есть считалось, что в пожилом возрасте наступает снижение общих умственных способностей человека. Вместе с тем, снижение показателей интеллекта в пожилом возрасте зачастую связано с замедлением скорости реакций. В большинстве случаев снижение интеллектуальных способностей у пожилых людей объясняется слабым здоровьем, экономическими или социальными причинами, например, изоляцией, а также недостаточным образованием и некоторыми другими факторами, напрямую не связанные со старением.

Неверно прямо сопоставлять данные интеллектуальных тестов лиц молодого и пожилого возраста, так как это не выявляет специфику интеллекта. В пожилом возрасте интеллект качественно иной. Если в молодости интеллект, преимущественно, направлен на готовность к обучению и решению новых задач, то в пожилом возрасте основную роль играет способность к выполнению тех задач, которые строятся на использовании накопленного опыта и информации.

Большое значение имеет степень умственных способностей в молодом возрасте, особенно если человек занимается творческой, научной деятельностью. Люди интеллектуального труда часто сохраняют ясность ума до глубокой старости.

**Два противоречивых процесса старения определил В.В. Фролькис.**

**Первый** сводится к сокращению приспособительных возможностей – резервов организма, ограничению механизмов саморегуляции, нарушению обмена и функций организма.

**Другой** же процесс – это мобилизация важных приспособительных механизмов. Научиться управлять процессом старения означает научиться подавлять его первую составную часть и стимулировать вторую. Для того чтобы долголетие рассматривать как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса, В.В. Фролькис рассматривает людей пожилого возраста как особую группу, как носителей знаний и опыта, а не как личность, приносящую только издержки обществу.

Таким образом, знание особенностей влияния социально-психологических и биологических факторов на процесс старения личности позволит способствовать оптимальному функционированию личности пожилого человека и оказывать тем самым сдерживающее влияние на процесс ее старения, позволит изменить условия, образ жизни пожилых людей, повысить уровень их социальной активности.



## 5. Иммунная система и старение

1. *Патологические процессы у пожилых.*
2. *Изменения иммунной системы.*
3. *Факторы риска.*

### **Иммунитет в пожилом и старческом возрасте.**

Современное изменение демографической структуры популяции привело к тому, что доля пожилых людей в обществе в последние несколько десятков лет увеличилась в 2 раза и имеет тенденцию к дальнейшему возрастанию. Уже сегодня более половины госпитализированных составляют старики. И это не удивительно, поскольку в возрасте старше 65 лет заболевания встречаются у 60% обследованных. После 80 лет - у 80%, причем число диагнозов на одного больного достигает 10-11.

### **Какие же патологические процессы чаще всего бывают у пожилых?**

1. Атеросклероз сосудов с заболеваниями, которые зависят конкретно от локализации, - мозг, сердце и т.д.

2. Опухоли, частота возникновения которых зависит от продолжительности и степени контакта с канцерогенами, от активности тканей, на которые они действуют, и от состояния иммунологического надзора. Частота злокачественных новообразований возрастает с 45 до 80 лет с тенденцией к удвоению каждые 9-10 лет. Как правило, это рак крови (лимфолейкозы), желудка, легких, предстательной железы и других органов.

3. Инфекции - вирусные, бактериальные, с развитием системных поражений и локальных очагов - цистит. Конъюнктивит, отит и т.д. Люди старческого возраста тяжело переносят инфекционные заболевания, которые протекают у них атипично, затягиваются на длительное время, плохо поддаются лечению.

4. Аутоиммунные заболевания, которые встречаются не менее чем у 50% пожилых людей. Чаще всего это аутоиммунные поражения щитовидной железы (почти у 25% женщин старше 50 лет), активный гепатит и т.д.

5. Дегенерация и гибель клеток, - крайняя степень возрастного повреждения, особенно нервной ткани (старческое слабоумие, болезнь Паркинсона)

Старение иммунной системы зависит от многих *индивидуальных особенностей*:

- генетической преддетерминированности,
- перенесенных в течение жизни острых и хронических инфекционных заболеваний,
- приема лечебных препаратов,
- характера питания,
- выраженности возрастных изменений других систем.

*В связи с этим важно отличать вторичные иммунодефициты от возрастных физиологических особенностей иммунной системы у людей старческого возраста.*

Для многих систем организма (иммунной, эндокринной, сердечно-сосудистой) критический возраст примерно совпадает: наиболее опасным считается возраст 70 - 79 лет. Более высокие показатели состояния здоровья людей после 80 лет связано с селекцией стариков, наиболее устойчивых к действию различных факторов риска.

Разные популяции иммунокомпетентных клеток, выполняющие разные функции, различаются по длительности их жизни. Наряду с долгоживущими клетками (макрофаги, дендритные клетки, лимфоциты памяти) существуют короткоживущие клетки, длительность жизни которых измеряется днями или часами, и поэтому требуется их постоянное обновление на протяжении жизни (гранулоциты, Т- и В- лимфоциты и др.). С возрастом способность к регенерации тканей и клеток снижается, что отражается на поддержании численности короткоживущих популяций иммунокомпетентных клеток; снижаются реакции клеточного иммунитета, уменьшается концентрация sIgA в секретах — отсюда высокая чувствительность к инфекциям слизистых оболочек; повышаются титры аутоиммунных антител: к ДНК, антигенам щитовидной железы, слизистой кишечника и т. д.

При старении эффективность функционирования иммунной системы, заключающаяся в поддержании постоянства антигенного состава организма, уменьшается. Процесс распознавания собственных и чужеродных антигенов становится менее точным, интенсивность иммунных реакций снижается. Это приводит к появлению характерных для старения иммунопатологических синдромов: иммунного дефицита, аутоиммунности, повышения уровня

циркулирующих иммунных комплексов, учащения случаев доброкачественных моноклональных гаммапатий.

Иммунный дефицит проявляется в снижении первичного и вторичного (анамнестического) иммунного ответа как клеточного, так и гуморального. Следствием этого является снижение эффекта от иммунизации (например, при вакцинации против гриппа или столбняка), падение титров антител в крови ниже защитного уровня, уменьшение клеточных иммунных реакций, определяемых по активности цитотоксических лимфоцитов или кожным тестам замедленной гиперчувствительности.

**Звенья иммунной системы нарушаются в разной степени, что приводит к тому, что общее течение заболевания у пожилых людей характеризуется тем, что в патологический процесс, как правило, вовлекается не одна, а ряд систем организма. Это неизбежно приводит к приему множества лекарственных средств. Учитывая извращенные детоксицирующие возможности старческого организма, это может обусловить непредсказуемые последствия.**

Повышается чувствительность к инфекции, со склонностью к более тяжелому и затяжному течению болезни, с частым переходом в хронические формы, наблюдается более частое внутрибольничное заражение пожилых пациентов, в т.ч. условно-патогенной микрофлорой. Среди аллергических болезней уменьшается удельный вес атопий, но увеличивается частота инфекционных и химических форм аллергии ( в т.ч. лекарственной), часто со склонностью к генерализованным реакциям типа анафилактического шока.

Особенно страдает первичный иммунный ответ. На вакцинацию вырабатываются низкоavidные антитела класса IgM, и лишь вторичная иммунная реакция в старости оказывается более сохраненной. Поэтому для формирования полноценного напряженного иммунитета необходимо осуществлять несколько повторных иммунизаций. Если организм был вакцинирован антигеном в молодости, то при вакцинации в старческом возрасте нарушение антителообразования может быть небольшим. Парадоксальность ситуации заключается в том, что снижение выраженности иммунного ответа наблюдается на фоне увеличения общего количества иммуноглобулинов.

Характерное для старения повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов выражено в гораздо большей степени при распространенном атеросклерозе и некоторых других формах патологии, присущих старости. Так, моноклональные гаммапатии, не связанные с лимфопролиферативными заболеваниями, в возрасте свыше 85 лет могут встречаться примерно в 20% случаев. Однако развитие лимфопролиферативных заболеваний в старческом возрасте также значительно учащается.

В изменении иммунной системы при старении центральная роль принадлежит возрастной инволюции вилочковой железы нарушению созревания в ней Т-лимфоцитов, уменьшению выработки тимических гормонов, ряд которых исчезает из крови после 40 лет. *Вилочковая железа* к 10-15 годам достигает массы 30-40 г, затем постепенно уменьшается, достигая 10-13 г в 70-90-летнем возрасте. *Жировая ткань* постепенно замещает функционирующие компоненты тимуса, и к глубокой старости лишь незначительные участки выполняют защитную функцию. Звенья иммунной системы нарушаются в разной степени. С этим могут быть связаны прямо или опосредованно многие заболевания, развивающиеся преимущественно в пожилом возрасте. Повышается чувствительность к инфекции, со склонностью к более тяжелому и затяжному течению болезни, с частым переходом в хронические формы, наблюдается более частое внутрибольничное заражение пожилых пациентов, в т.ч. условно-патогенной микрофлорой. Часто возникают осложнения в виде пневмоний или инфекции мочевых путей. Снижение иммунитета создает благоприятные условия для роста опухолей. Выявляется связь между повышением частоты аутоиммунных реакций, уровня циркулирующих иммунных комплексов и многими формами эндокринных и сосудистых заболеваний, патологией опорно-двигательного аппарата. Среди аллергических болезней уменьшается удельный вес атопий, но увеличивается частота инфекционных и химических форм аллергии (в т.ч. лекарственной), часто со склонностью к генерализованным реакциям типа анафилактического шока.

*Профилактика нарушений иммунной системы в старости заключается в проведении общеукрепляющих мероприятий, а также в коррекции питания,*

углеводного и жирового обмена. Эффективность мер специфической профилактики, например, иммунизации, нуждается в постоянном контроле. При иммунизации разными вакцинами (против столбняка, гриппа, пневмококков) у стариков был выявлен ослабленный антительный ответ по сравнению с молодыми людьми, к тому же образующиеся у стариков антитела отличались пониженным сродством к антигену. Параллельно со снижением специфического антимикробного гуморального иммунного ответа с возрастом нарастает количество аутоантител. Среди них преобладают полиспецифические антитела, относящиеся к иммуноглобулинам класса М. Повышается с возрастом и количество органоспецифических аутоантител: к тиреоглобулину, к ДНК. Более 2/3 людей в возрасте старше 60 лет имеют в сыворотке аутоантитела разной специфичности. Аутоантитела в старческом возрасте могут быть результатом, а не причиной развития патологии. Ассоциированная с возрастом дегенерация тканей, происходящая независимо от иммунных механизмов, приводит к высвобождению больших количеств собственных компонентов, которые ранее были изолированы от контактов с иммунной системой. На эти аутоантигены развивается законный синтез аутоантител. Что касается назначения иммуномодуляторов, то показания к их применению определяют в каждом конкретном случае с учетом иммунного статуса.

### **Факторы риска.**

Любые неблагоприятные воздействия внешней среды являются для стариков факторами риска, т.к. их иммунная система утрачивает способность к адаптации, достаточно выраженную в молодом и зрелом возрасте.

Инфекции являются серьезными факторами риска для стариков в связи с дефектностью многих защитных механизмов. Среди них особенно опасны вирусные инфекции в связи с дефектностью клеточных механизмов защиты.

Вредные привычки (курение, алкоголизм) с возрастом становятся все более существенными факторами риска, поскольку компенсаторные возможности иммунной системы в старости исчерпаны.

Недостаточность питания является актуальным фактором риска для стариков. Анорексия и потеря веса довольно часто сопутствуют старению. Вначале люди с возрастом уменьшают потребление пищи, чтобы уравновесить снижение

физической активности. Позднее развитию патологической анорексии могут способствовать: психическая депрессия, другие психологические и социальные условия. При этом резкая потеря веса является цитокин-зависимой. У стариков нередко наблюдается недостаточность питания, причинами которой могут быть: социально-экономическая незащищенность, физическая немощь, изоляция, стоматологические проблемы. Дефекты питания у стариков становятся причиной дефектов фагоцитоза, клеточного иммунитета, сниженного иммунного ответа. У стариков с белковой недостаточностью питания отмечается сниженный ответ лихорадкой и продукцией острофазовых реактантов при инфекциях, однако продукция провоспалительных цитокинов мононуклеарами крови этих стариков не была снижена

Рекомендуется возможно более раннее выявление признаков анорексии, искусственное повышение калорийности питания, при необходимости - парентеральное питание. При исправлении дефектов питания в группах стариков, находящихся под постоянным наблюдением, было отмечено повышение эффективности вакцинации и снижение риска развития опухолей.

Для людей старшего поколения рекомендуются диеты, обогащенные витаминами D, E, B6 и микроэлементами: цинком, кальцием, магнием. Использование рыбьего жира в качестве пищевой добавки оказывает весьма благотворное влияние на секреторные функции фагоцитирующих клеток стариков, в то время как общее содержание жиров в диете стариков должно быть минимальным. Исправления и повышения неспецифической противоинойфекционной защиты удастся добиться путем длительного систематического добавления к диете стариков кисломолочных бактерий в составе кисломолочных продуктов. Пища для стариков должна быть вкусной и привлекательной с учетом их пониженного аппетита.

Для исправления иммунологических дефектов у пожилых людей и стариков рекомендуется использовать физические упражнения с низкой или умеренной нагрузкой при небольшой их продолжительности. В группах стариков, систематически занимающихся такими упражнениями, было отмечено повышение количества естественных киллеров и активности Т лимфоцитов. Весьма умеренные

по нагрузке программы упражнений вызывали у стариков даже более выраженную стимуляцию иммунологических функций, чем у людей более молодого возраста.

## **6. Биологические аспекты старения**

1. *Старение опорно-двигательного аппарата.*
2. *Старение дыхательной системы.*
3. *Старение пищеварительной системы.*
4. *Старение половой системы и сексуальная активность.*
5. *Возрастные изменения жировой ткани.*
6. *Внешние признаки старения.*
7. *Возрастное изменение голоса.*
8. *Возрастные изменения сенсорных систем*
9. *Особенности сна в пожилом возрасте*

Биологический возраст определяется рядом показателей, таких как когнитивные функции, функция легких, состояние тканей печени, плотность костей, гормональный профиль и другие биохимические параметры. Снижаются функциональные способности всех систем жизнедеятельности: повышается восприимчивость к инфекционным заболеваниям, падает способность к регенерации, изменяются походка, осанка, появляется седина, кожа теряет эластичность, становятся заметны морщины, снижается работоспособность, слабеет память и т. д. Рассмотрим эти факторы подробнее.

**Старение опорно-двигательного аппарата.** Прежде всего происходит *старение скелета*. Плотность костей является решающим фактором в функционировании взрослого человека, тяжелые травмы могут вызвать спонтанные переломы и серьезно повлиять на подвижность. Снижение плотности костей происходит быстро и прогрессивно у женщин после окончания менструального цикла, но также происходит и у мужчин.

Чтобы замедлить потерю кальция из костей, следует поддерживать достаточное его потребление из пищи или биологически активных добавок, а

также строгое соблюдение адекватного уровня витамина D в крови. Как правило, в таких северных странах, как Россия, у большинства людей наблюдается определенный дефицит витамина D, поэтому, если он обнаруживается в анализах крови, его следует корректировать соответствующей добавкой.

Происходит *старение суставов*: с возрастом суставной хрящ постепенно разрушается, при выраженной дегенерации на его поверхности появляются эрозии. Возрастной дегенерации подвержены как несущие суставы (коленные и тазобедренные), так и более мелкие (лучезапястные и межфаланговые). Чрезвычайная нагрузка (бег или поднятие тяжестей) может ускорить процессы дегенерации. Умеренная активность (ходьба), напротив, замедляет разрушение хрящевой поверхности суставов за счет усиления мышечного корсета.

Глюкозамин и хондроитин способны замедлять возрастную дегенерацию. Глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат как по отдельности, так и в комплексе применяются в России: на основе клинических рекомендаций используются лекарственные формы, зарегистрированные как лекарства («Терафлекс», «Арта», «Дона», «Румалон», «Иньектран», «Хондрогард», «Алфлутоп»). В США эти препараты зарегистрированы как биологические добавки.

Также происходит *старение мышц*. У взрослого человека скелетная мускулатура составляет более 40 % массы тела, но при старении масса мышц снижается, а жировая масса может увеличиваться. Форма мышцы с возрастом изменяется за счет ее уменьшения и соответствующего удлинения сухожилия. У молодых людей, например, длина ахиллова сухожилия составляет 3,5–4 см, тогда как у людей преклонного возраста она увеличивается до 6–9 см. Гипотрофия мышц с возрастом развивается в основном за счет уменьшения диаметра отдельных мышечных волокон. Диаметр мышечного волокна грудной мышцы у людей молодого возраста составляет 40–45 мкм, в 50 лет – 20–25 мкм, в 70 лет – 10–20 мкм. Параллельно с гипотрофией мышечных волокон происходят изменения в стенках питающих их кровеносных капилляров: наблюдается ухудшение транскапиллярного обмена, что усугубляет дегенеративные процессы в мышечных волокнах.



Для того чтобы эффективно замедлить естественный процесс мышечного истощения, следует ежедневно поддерживать надлежащее потребление белка вне зависимости от типа меню (веганского, вегетарианского или любого другого) наряду с регулярными занятиями спортом, включающими силовые тренировки и растяжку.

**Старение дыхательной системы.** Происходит старение клеток легочной ткани, ухудшается функция легких, уменьшается площадь альвеолярной поверхности. Эти изменения включают в себя процесс естественного старения, значительно ускоряются у людей с врожденными или приобретенными заболеваниями легких, а также у курильщиков и у людей, подвергающихся особым профессиональным рискам (таким как вдыхание кремнезема и других токсических веществ).

Регулярные физические занятия, включающие усиленную вентиляцию легких, аэробные упражнения способны замедлять процессы старения в легких.

**Старение пищеварительной системы.** *Печень* – относительно медленно стареющий орган в организме человека, что обусловлено морфофункциональной полноценностью гепатоцитов. В зрелом возрасте печень претерпевает ряд структурных изменений, часть которых носит компенсаторно-приспособительный характер. В возрасте от 45 до 50 лет отмечается уменьшение массы печени в среднем до 600 г. После 70 лет орган уменьшается еще на 150–200 г. К 80 годам отмечается атрофия печени, которая не достигает резкой степени выраженности. Происходят уменьшение количества гепатоцитов и снижение интенсивности кровоснабжения печени, прогрессирует фиброз. Избыточному коллагенообразованию у лиц пожилого возраста способствуют ишемия и/или гипоксия печени, что приводит к угнетению активности звеньев ее функциональной деятельности. Так, в старости на 30 % снижается скорость синтеза печенью белков, уменьшается ее участие в жировом, углеводном, пигментном, водно-электролитном обмене, угнетаются антитоксическая, витаминосинтетическая и другие функции. Ускорению процессов инволютивных изменений в печени способствуют неблагоприятные экологические факторы, нерациональное питание,

количество лекарственных препаратов, употребляемых для лечения сопутствующих возрастных заболеваний, длительно протекающие вирусные и невирусные заболевания печени, хронические воспалительные заболевания желчного пузыря, кишечника, гинекологической сферы, органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания.

Наиболее частой причиной диффузных изменений паренхимы печени у пациентов пожилого возраста является избыточная жировая инфильтрация, которая способствует формированию стеатоза, частота встречаемости которого к 60 годам достигает более 86 %. Снижение функции печени нарушает пищеварение и, как следствие, усвоение экзогенно поступающих веществ у людей пожилого и старческого возраста. При этом часто отмечаются повышенное образование газов в кишечнике, боль в эпигастрии после приема пищи, пониженный аппетит, быстрая насыщаемость, плохая переносимость молочных продуктов, тугоплавких жиров, жирных сортов мяса и рыбы, а также нарушения стула. Инволютивные изменения пищеварительных желез, нарушение моторики *кишечника* приводят к снижению объема пищеварительных секретов, снижается и скорость ферментативных процессов переваривания и всасывания компонентов пищи. Подобные изменения в стареющем организме способствуют развитию кишечного дисбиоза. В пожилом возрасте наблюдается целый ряд его последствий: снижение защитной функции микрофлоры; понижение способности кишечной микробиоты перерабатывать холестерин на фоне значительного увеличения числа штаммов, синтезирующих его; ускорение процессов старения организма вследствие дефицита витаминов, микроэлементов и нарушения аминокислотного обмена; нарастание бродильных и гнилостных процессов; нарушение гепатоэнтеральной циркуляции с образованием токсичных веществ и повышение интоксикации организма, что неизбежно ведет к сокращению периода активного долголетия и обострению или усугублению течения хронических заболеваний, в первую очередь заболеваний печени.

Таким образом, в связи с наличием латентно протекающих хронических заболеваний печени лицам пожилого и старческого возраста целесообразно проводить комплексные обследования с целью ранней диагностики печеночной

патологии. П. В. Селиверстов рекомендует для профилактики заболеваний печени на фоне неизбежного ее старения применять препараты с многонаправленным действием на различные звенья патогенеза поражений печени. Так, предпочтение отдается препаратам, обладающим способностью стабилизировать клеточные мембраны, устранять митохондриальную дисфункцию, улучшать состояние липидного, белкового и минерального обмена, стимулировать регенераторные процессы, повышать функциональную активность физиологической антиоксидантной системы и поддерживать кишечный микробиоценоз.

**Старение половой системы и сексуальная активность.** Все процессы в организме находятся под контролем нервной, иммунной и эндокринной систем, а половые гормоны – это часть управленческого аппарата. Женщина репродуктивного возраста от старости защищена в первую очередь половыми гормонами, но как только яичники начинают угасать, нарушается жировой, углеводный и минеральный обмен, развиваются недружественные процессы в органах и тканях, которые чувствительны к половым гормонам. Вдобавок к этому, нарушается кровообращение и замедляются процессы синтеза.

Сексуальная сфера имеет большое значение в жизнедеятельности человека. Согласно исследованиям, проведенным в этой области, многие люди не верят в существование половой жизни в зрелом возрасте. Но на практике выяснилось, что это убеждение не совсем верно. В возрасте 70 лет импотенцией страдают лишь 15 % мужчин. Однако около четверти мужчин в возрасте 66–70 лет не имеют секса, около половины занимаются сексом один раз в месяц, четверть из них – раз в неделю, и около 2 % – два раза в неделю. На женской выборке было обнаружено, что 74 % не имели секса, 16 % занимались сексом один раз в месяц, и 10 % – один раз в неделю. В целом было установлено, что модель сексуальной активности в пожилом возрасте является продолжением модели сексуальности в более раннем возрасте: люди, которые наслаждаются сексом на протяжении всей своей жизни, будут продолжать наслаждаться им и в более позднем возрасте.

**Возрастные изменения жировой ткани.** Человек склонен набирать вес из-за явного увеличения количества жировой ткани в организме. У женщин

ожирение более распространено, а у мужчин, как правило, жир концентрируется в области живота. Любое ожирение явно повышает риск развития диабета у взрослых и является началом возникновения хронических заболеваний, таких как гипертония, диабет и болезни сердца. Чтобы замедлить процесс прогрессирующего и возрастного ожирения (для обоих полов), ежедневное потребление калорий следует сокращать по мере увеличения возраста наряду с выполнением аэробных упражнений.

**Внешние признаки старения.** Старение – это прежде всего структурные и функциональные изменения внутренних органов и систем, что проявляется во внешности человека. Возрастные изменения эндокринной системы (в особенности половые гормоны) оказывают множественные воздействия на различные органы и ткани, связываясь со специфическими рецепторами, расположенными в костной ткани, в артериях, коже и ее придатках, в частности в волосяных фолликулах, на слизистой оболочке полости рта и гортани и во многих других органах. Именно эти рецепторы имеют большое значение в проявлении внешних признаков старения. К внешним сигналам, говорящим о том, что человек вступил в период старости, относятся морщины и деформация лица, фигуры, походки и осанки, седина и поредение волос, качество зубов и слизистой оболочки полости рта, голос.

Все остальные процессы скрыты от непосредственного наблюдения. Невозможно увидеть возрастной атеросклероз сосудов головного мозга или структуру костной ткани, но по косвенным внешним признакам можно сказать, сколько человеку лет.

*Кожа* пожилого человека имеет характерный вид: с возрастом она становится тонкой, теряет эластичность, повышается ее чувствительность, она медленнее восстанавливается. Эти процессы год за годом нарастают после 50 лет. У здорового человека изменение подхода к питанию и образу жизни вкупе с использованием достижений современной косметологии частично позволяет смягчить и замедлить проявления естественного процесса старения кожи. Резкие возрастные изменения кожи представляют собой симптом преждевременного

старения. Также патологией является смещение процессов старения на семь и более лет.

Почему кожа так меняется после 50? На то есть множество причин: замедление кровообращения, нарушение метаболических процессов, снижение чувствительности рецепторов к гормону инсулину (инсулинорезистентность – это состояние, при котором глюкоза крови хуже усваивается). Согласно популярной теории гликации Мейлорда, старение организма вызывается неферментативными реакциями между моносахарами и белками, то есть коллаген состаривается, формируя прочные связи с сахарами. Следовательно, для сохранения молодости и здоровья необходимо снизить потребление сладкого.

Кроме изменения качества кожи, на ней появляются *новообразования*, которые называются синильными, старческими: это синильные кератозы, синильные гиперпигментации. Единичные синильные кератозы у 50-летнего человека являются вариантом нормы, множественные – маркером преждевременного старения. Климактерическая кератодермия (синдром Хакстхаузена) – гипоестрогенный климактерический дерматит с преимущественным нарушением процессов кератинизации в роговом слое эпидермиса (трещины на пятках) – маркер раннего наступления менопаузы, фактор риска развития остеопороза, атеросклероза и других системных состояний, которые в дальнейшем повлияют не только на внешний вид, но и на здоровье и продолжительность жизни в целом.

*Лицо* стареет сверху вниз начиная с третьего десятилетия жизни. В этом возрасте у людей со славянским типом внешности появляются поперечные морщины лба, первые вертикальные морщины межбровья, «гусиные лапки» вокруг глаз, носослезные борозды. Все эти изменения могут произойти совместно или изолированно в зависимости от индивидуальных анатомических особенностей, типа питания, мимики, особенностей ухода за лицом и т. д. С 30 до 40 лет все изменения верхней трети лица прогрессируют, и на них наслаиваются изменения средней трети лица: появляются носогубные складки, малярные мешки, сокращается объем скул, происходит уменьшение в размерах и смещение вниз жировых пакетов

лица. В период с 40 до 50 лет вдобавок ко всем перечисленным процессам добавляются изменения нижней трети лица: изменяется овал лица, появляются «брыли», «морщины марионетки», происходит стремительное уменьшение объема губ. Линия контура губ с возрастом становится размытой и нечеткой, развивается сухость их красной каймы, а сами губы утрачивают привлекательный объем и уплощаются, выглядят более узкими. Цвет губ утрачивает яркость и насыщенность, на них формируется вертикальная складчатость. Одним из проявлений возрастных изменений становится резорбция кости верхней челюсти, которая обуславливает удлинение кожной части верхней губы, сглаживание колонн филтрума.

Среди других изменений в области лица, обусловленных возрастными факторами, можно отметить атрофию подкожной жировой клетчатки под нижней губой, опущение уголков рта, формирование губоподбородочных складок и горизонтальной морщины на подбородке.

Эти процессы протекают при всех типах старения кожи (мелкоморщинистом, деформационном, комбинированном, мускульном) примерно в одинаковые сроки, но с разной степенью выраженности. Одним из наиболее заметных признаков старения является *появление седины и истончение волос*. С возрастом снижается функция меланоцитов и сокращается синтез меланина в волосах, кожа головы и волосы подвергаются как внутреннему (физиологическому), так и внешнему (преждевременному, происходящему под воздействием внешних факторов) старению. В связи с изменением метаболизма андрогенов часто наблюдается поредение волос в лобнотеменной зоне, истончение волос в связи с изменением баланса белков и минеральных веществ. Особую актуальность эта тема приобретает в ситуации, когда на дисбаланс половых гормонов накладываются патология щитовидной железы или атеросклеротические изменения сосудов, что нередко бывает после 50 лет.

Поседение волос происходит из-за недостатка тирозина, содержащегося в качестве компонента практически во всех белках, а потому ранняя седина может возникнуть раньше времени у людей, увлекающихся диетами, исключаящими богатые белком продукты. Кроме того, седина может появляться при

нарушениях в работе нервной и эндокринной систем, при ограниченном поступлении в организм витаминов, малокровии, хроническом переутомлении и длительном пребывании на солнце, а также при дефиците меди (много ее содержится в печени, орехах, пророщенной пшенице, чечевице, фасоли и петрушке). Предотвратить этот процесс поможет парааминобензойная кислота, которая способствует полноценному усвоению белков, а также участвует в образовании эритроцитов, доставляющих кислород к клеткам. Она содержится в мясе, печени, молочнокислых продуктах, в том числе в сырах, яйцах, злаках, семенах и орехах.

**Возрастное изменение голоса.** Пресбифония – термин, используемый для обозначения физиологических возрастных изменений голоса, характерных для пожилого и старческого возраста. У пожилых людей его диапазон относительно узкий, голос отличается грубым тембром, нестабилен по силе. Меняется и его высота. Степень выраженности возрастных изменений голоса зависит от состояния организма, образа жизни, конституциональной и расовой принадлежности, наследственных, социальных и экологических факторов.

Хриплый, с придыханием «голос старика» очень часто воспринимается врачами и пациентами как возрастная норма. Но нарушения голоса часто сочетаются с нарушениями глотания, что приводит к ухудшению качества жизни и может проявляться депрессивными состояниями и социальными нарушениями. Голосовой аппарат в норме изменяется после 60 лет. Более раннее изменение голоса является проявлением преждевременного старения. Уменьшается жизненная емкость легких, эластичность скелета грудной клетки, ослабевают мышцы шеи и гортани. В результате снижается сила голоса, укорачивается фонационный выдох. Меняется и лицевой скелет: мышечный аппарат становится слабым, что приводит к снижению артикуляции и появлению адиадохокинеза при произношении повторяющихся слогов. Гортань смещается книзу. Наблюдается дезорганизация коллагеновых волокон, что приводит к увеличению плотности голосовых складок и формированию более высокого тона голоса у мужчин. Для женщин, наоборот, характерны атрофия голосовых складок и снижение частоты основного тона. Кроме того, в гортани нарушается слизиобразование, что обусловлено

атрофическими процессами в железистых структурах слизистой оболочки. Дегенеративные изменения в собственной пластинке слизистой оболочки гортани приводят к замедлению вибраторных колебаний голосовых складок во время фонации. В конечном итоге эти процессы ведут к неполному смыканию голосовых складок при производстве звуков.

### **Возрастные изменения сенсорных систем**

*Старение зрительной системы.* Хрусталик глаза с возрастом теряет эластичность и способность к аккомодации. Это отражается на восприятии глубины пространства. Характерные возрастные заболевания глаз – катаракта (потеря прозрачности хрусталика) и глаукома (увеличение давления внутри глазного яблока) – ведут к ухудшению зрительного восприятия и слепоте.

Из-за проблем со зрением многие пожилые люди испытывают неуверенность и плохо ориентируются в незнакомых местах. Развитию трудностей с пониманием местоположения и определением пути движения способствует снижение способности восприятия определенной информации в потоке однотипных сведений. Специалисты связывают это с постепенной утратой остроты зрения и способностью фокусировки зрения на заданном объекте (особенно при ярком освещении). Пожилему человеку становится трудно рассматривать детали, возникают сложности с быстрой обработкой зрительных стимулов.

*Старение слуховой сенсорной системы.* Слух ухудшается, особенно у мужчин. Пожилему человеку становится труднее различить голос на фоне шума, у него снижается чувствительность к высоким тонам, происходит выпадение шипящих (возникают трудности с различением таких звуков как «ш», «с», «ч» и др.). В результате человек может производить впечатление неадекватного, невнимательного, «соображающего с трудом». С другой стороны, это может спровоцировать замкнутость и подозрительность пожилого человека, который может обвинять окружающих в том, что с ним намеренно разговаривают тихо и невнятно.

*Вкусовая чувствительность* пожилых людей часто ослабляется. Отмечается, что многим пожилым требуется больше соли и сахара в пище, чтобы



уловить соответствующий вкус. Также затрудняется определение нескольких вкусов в пище со множеством ингредиентов.

*Способность к обонянию* снижается, но обостряется резкое неприятие некоторых запахов, которые прежде воспринимались нейтрально или положительно. Раздражительность, связанная с запахами, по всей видимости, развивается как компенсаторный механизм: снижение чувствительности органов чувств вызывает чрезмерные реакции мозга, пытающегося усилить поступающие в него сигналы.

В процессе старения возрастают *пороги тактильной и температурной чувствительности*. Пожилые люди могут выдерживать довольно сильные болевые раздражители, не воспринимая их как болезненные. Снижение чувствительности кожи связано с уменьшением количества рецепторов, которое наступает в результате ее сморщивания и увядания. Не исключается и роль центральных механизмов нарушения проведения и обработки нервных импульсов в ЦНС.

Избирательно страдает *вибрационная чувствительность*. При относительно высокой частоте вибрации (250 Гц) пожилые люди хуже определяют ее силу, чем при низких частотах (например, 25 Гц).

**Возрастные изменения моторной функции.** Эта область относится к действиям, требующим координации между органами чувств и активностью мышц, например, таким как вождение автомобиля, когда водитель видит пешехода и жмет на тормоз. В пожилом возрасте активность нервной системы замедляется и, как следствие, скорость реакции снижается. Кроме того, снижаются скорость сухожильных рефлексов, моторная сила, нарастает мышечная ригидность, наблюдается бедность мимики, жестов и со- дружественных движений, происходит изменение походки (мелкие шажки), появляется тремор.

### **Особенности сна в пожилом возрасте**

Пожилым людям в среднем требуется меньшее количество времени для сна, чем молодым. Но пожилые хуже засыпают, чаще просыпаются, дольше остаются в кровати утром и в итоге тратят на пребывание в постели больше

времени. Нарушениями сна считают бессонницу, которая может выражаться в позднем засыпании, раннем пробуждении, множественных циклах засыпания-пробуждения, а также дневные засыпания, в том числе в неподходящих местах и неудобных положениях. Сами по себе нарушения сна не являются непременным атрибутом старости, и в целом они хорошо поддаются коррекции, однако общее угасание организма влечет повторяющиеся нарушения, а они, в свою очередь, становятся фактором ухудшения самочувствия и здоровья.

Нарушения сна обычно вызываются заболеваниями, приемом лекарственных препаратов и различными состояниями тревоги, нервозности, заикленности на одних и тех же мыслях. Психофизиологические факторы затрудняют здоровый сон, а беспокойство из-за плохого сна способно еще больше осложнить ситуацию. Подобный замкнутый круг связывают с условно-рефлекторным возбуждением, которое сохраняется даже после преодоления психологических проблем.

Все вышеописанные особенности демонстрируют многомерность и комплексность происходящих в старости биологических изменений. Существуют способы поддержания здоровья, такие как адекватная физическая нагрузка, правильное питание, прием определенных препаратов и т. д. Однако рано или поздно процессы старения изменяют жизнь пожилого человека в негативную сторону, делая его физически слабее и уязвимее. Поэтому первоочередной задачей геронтологов стало не просто изучение особенностей старения и их научное объяснение, но поиск способов увеличения продолжительности жизни, особенно активной и относительно здоровой части населения.

Американский миллионер Дж. Рокфеллер (1839–1937) мечтал во что бы то ни стало дожить до ста лет. Он затрачивал массу средств на поддержание своего здоровья, личную гигиену и правильное питание. Но он не достиг своей цели и умер в возрасте 98 лет. В настоящее время известно, как можно увеличить среднюю продолжительность жизни и достигнуть потенциального долголетия. Это возможно за счет ведения правильного образа жизни, куда входят прежде всего посильный труд, постоянная мышечная деятельность, рациональное питание и

активный отдых. Но как увеличить естественную продолжительность человеческой жизни, пока не выяснено.

## 7. Психологические аспекты старения

1. *Когнитивные особенности старения.*
2. *Эмоциональные особенности старения.*
3. *Возрастные изменения личности в старости.*

Художник Тициан написал картины «Пьета» и «Смерть Актеона» в возрасте 87 лет; И. В. Гёте закончил драму «Фауст» в возрасте 82 лет; пианист А. Рубинштейн прекрасно играл в возрасте 89 лет. Целый ряд пожилых ученых и деятелей культуры демонстрировали выдающиеся результаты в позднем возрасте. Если бы «старики» прекратили свою деятельность, некоторые из величайших достижений человечества не состоялись бы. Эти факты противоречат взгляду на старость как на период увядания и регресса. В психологии пожилой возраст не является таким же популярным, как дошкольный или подростковый. Однако единой теории старения в психологии, как и в биологии, не существует.

**Когнитивные особенности старения.** Ранее считалось, что *уровень интеллекта* падает с возрастом, но в настоящее время это предположение опровергнуто: «кристаллизованный» интеллект, связанный с увеличением жизненного опыта и общей осведомленности, с возрастом даже улучшается, тогда как «текущий» интеллект (оперативная обработка информации) действительно снижается. Ухудшаются функции, обусловленные физиологией: скорость и точность познавательных процессов, функции классификации, сравнения и категоризации. Однако происходит их компенсация за счет функций письма, счета, понимания речи и т. д. Сохранение интеллекта связано как с активностью самой личности (поддержкой своих интеллектуальных способностей путем чтения, обучения и т. д.), так и с внешними и внутренними факторами, обусловленными интенсивностью воздействия раздражителей (болезнь, изоляция, стресс и т. д.). Особенностью пожилых людей является приверженность знакомым

стереотипным решениям, а также выполнение меньшего объема заданий в случае, если необходимо задействовать восприятие и память. Кроме того, в возрасте старше 65 лет скорость обучения, как правило, снижается. При проведении сравнительных исследований между выборками молодых и пожилых респондентов необходимо учитывать разницу в уровне образования и социального опыта, а также особенности здоровья последних.

Также нельзя говорить об общем *снижении креативности*: например, в гуманитарных науках уровень креативности сохраняется, в то время как в точных науках наблюдается ее умеренный спад. Есть также люди, которые раскрывают свои творческие способности только в старости, после того как они были освобождены от социальных норм и обязательств.

Одним из распространенных мнений о старости является вера в сопровождающее ее *ухудшение памяти*. Действительно, более 65 % пожилых людей сообщают о проблемах с памятью, несмотря на разнообразие методов ее улучшения, известных сегодня. Изменения происходят в механизмах памяти. У людей в возрасте 70–90 лет больше страдает механическое запоминание, лучше всего сохраняется логическая память, а образная память по инволюционным сдвигам занимает промежуточное положение. Ведущим типом памяти в старческом возрасте является смысловая.

Если говорить в целом о когнитивной сфере личности пожилого человека, то необходимо отметить, что лучше сохраняются те ее функции, которые и в зрелом возрасте были ведущими, задействованными в профессиональной деятельности, то есть активно использовались и тренировались. У ученых, например, не изменяются с возрастом запас слов и общая эрудиция, у инженеров – невербальный интеллект, у водителей и летчиков – острота и поле зрения.

**Эмоциональные особенности старения.** У пожилых людей часто отмечается преобладание депрессивно-тревожного фона настроения в связи с потерей близких, друзей, уходом от активной жизни, падением социальной самооценки, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих. Помимо этого, происходит ухудшение нейрохимии и мозгового кровообращения, что само по себе приводит к отрицательному эмоциональному сдвигу. Эмоции сильно зависят от

представлений человека об итогах прожитой жизни: если есть сожаления о неправильно выбранном пути и об упущенных возможностях, то депрессивность будет возрастать. Однако не всегда негативный эмоциональный фон является неизменным атрибутом старости.

**Возрастные изменения личности в старости.** Очень часто старость сопровождается усилением и заострением прежних свойств личности (мелочность превращается в скупость, сензитивность – в обидчивость, тревожная мнительность – в подозрительность). С другой стороны, проявляются скрытые до этого формы реагирования, развиваются возрастные, нивелирующие индивидуальность черты: консерватизм, нетерпимость, переоценка прошлого, обидчивость, эгоцентризм, эмоциональное притупление или, наоборот, чрезмерная степень эмоционального реагирования, подозрительность, скупость, ипохондричность, психическая ригидность, утрата интереса к внешнему миру, сужение эмоциональных контактов и связей, общий возрастной сдвиг в сторону интроверсии.

Часто может наблюдаться полярность черт: наряду с упрямством и невнимательностью к доводам – повышенная внушаемость и轻信, наряду со сниженной эмоциональной отзывчивостью – слезливое слабодушие и чувствительность.

Так как личностные изменения менее жестко запрограммированы, чем биологические, психологи склонны говорить об индивидуальных стилях старения. Возможен вариант сглаживания острых черт характера, отход от мелочей жизни и выделение главных ценностей, умиротворение.

Возрастные изменения психической деятельности представляют собой новое структурное образование, а не сумму дефицитарных сдвигов. Конечно, для старости характерно снижение психической активности, интегрирующих видов деятельности, но задачи, требующие использования прошлого опыта, прочно освоенных знаний, решаются продуктивно.

В старости наблюдается повышенная склонность к ригидности и консерватизму. Многим пожилым людям трудно приспособиться к изменениям в собственной жизни. Они вызывают беспокойство и, следовательно, стремление

придерживаться привычных моделей поведения (например, можно понять настойчивость многих пожилых людей не покупать для дома новые бытовые приборы или не пользоваться новыми технологиями).

*Однако старение сопровождается рядом психологических и личностных изменений.* Центральное изменение, которое происходит в процессе старения, это изменение мировоззрения (системы взглядов, оценок и представлений человека об окружающем мире и месте человека в нем). Оно касается двух основных аспектов: во-первых, активности и вовлеченности в окружающую среду, и, во-вторых, возросшей озабоченности внутренним миром, тенденцией к внутреннему сосредоточению. Эта тенденция, по-видимому, связана как с уменьшением необходимости справляться с трудностями внешнего мира (карьерой, самореализацией), так и с переоценкой ценностей и принятием всей своей жизни. Такая озабоченность внутренним миром может привести к открытию новых смыслов и интересов (занятиям искусством, желанию инвестировать в собственную семью и т. д.). Однако если эта тенденция носит отрицательный характер, то общение с другими людьми может вызвать ощущение упущенных возможностей, чувство вины, депрессии и чрезмерного погружения в себя.

*Очень часто старость сопровождается снижением самооценки.* Это, очевидно, связано с изменениями в тех центральных аспектах, на которых человек основывает собственную самооценку (физические возрастные изменения, выход на пенсию). Самооценка пожилого человека и человека позднего возраста зависит от состояния его здоровья, наличия смыслов жизни, ее социальных и материальных условий. Тем не менее, удовлетворенность жизнью у пожилых людей сопоставима с таковой у взрослого населения. Снижение этого показателя было обнаружено только в возрастной группе от 61 до 70 лет, в «переходный период» старения. Кроме того, оказалось, что психическое здоровье и чувство благополучия в старости и зрелости зависят от различных факторов и могут быть изменены.

Несомненно, психическое здоровье в пожилом возрасте связано с личностными факторами, действующими на предыдущих возрастных этапах, а также с состоянием здоровья, семьи, общества и т. д. Помимо этих факторов, были

обнаружены шесть основных аспектов психического здоровья, действующих на протяжении всей жизни человека, в том числе в период старости.

*Самопринятие* – центральный компонент, связанный с самореализацией, функциональными способностями и положительным восприятием всего жизненного пути.

*Позитивные социальные отношения* – наличие стабильных, теплых и конструктивных отношений по крайней мере с одним человеком (ребенком, супругом, другом и т. д.).

*Автономия* – чувство эмоциональной независимости, проявляющееся в самоконтроле поведения, отказе от подчинения давлению окружающей среды и в способности самостоятельно принимать решения о собственной жизни. Чувство автономии может быть подорвано функциональным упадком. Однако способность выбирать виды досуга, место жительства и т. д. может значительно укрепить его.

*Контроль окружающей среды* – способность человека выбирать или создавать среду, соответствующую его физическим, умственным и социальным потребностям.

*Жизненные цели.* На протяжении всей жизни имеют огромное значение цели, которые человек сам ставит перед собой. Их достижение может привести к чувствам удовлетворения и собственной значимости. В пожилом возрасте эти цели более краткосрочны и сфокусированы, но само их существование говорит о психологическом благополучии.

*Личное развитие* и движение к самореализации имеет огромное значение на всем жизненном пути. Это развитие может быть результатом приобретения новых знаний или навыков, получения новых впечатлений, присвоения нового жизненного опыта и т. д.

Когда один из этих аспектов серьезно нарушен, могут возникнуть эмоциональные трудности и расстройства. Многие пожилые люди чувствуют, что нет смысла стремиться к переменам из-за их преклонного возраста, но психотерапия часто приводит к выявлению основной трудности и созданию способов совладания с ней. Людям позднего возраста часто приходится

сталкиваться с проблемой противоречия между психическими, духовными способностями и своими физическими возможностями.

Таким образом, как и в физиологическом плане, в психологии пожилого человека происходит целый ряд изменений, представляющих не только продолжение эволюции его личности, но и возникновение специфических возрастных новообразований.

## 8. Социальные аспекты старения

1. *Варианты статуса пенсионера*
2. *Фазы выхода на пенсию*
3. *Стереотипы о старости*
4. *Проблема эйджизма.*
5. *Классификация форм жестокости*

Основным социальным статусом пожилого человека является ***статус пенсионера***. Эта проблема вызывает немалый интерес в связи с тем, что потеря привычного места в обществе может тяжело переживаться пожилым человеком. Так называемый «шок отставки» возникает из-за отделения человека от референтной группы (коллег), значимого дела, снижения уровня материального благополучия и т. д. Процесс изменения статуса будет восприниматься пожилым позитивно при правильной подготовке и грамотном психологическом сопровождении.

Степень удовлетворенности пенсионера своим социальным положением зависит от объективных и субъективных особенностей его нового статуса, которые могут быть весьма разнообразны. Можно выделить следующие *варианты статуса пенсионера*:

– Неработающие и не желающие этого. Самая благополучная группа при условии удовлетворительного материального обеспечения пенсионера.



– Продолжающие карьеру. Пенсионер удовлетворен своим статусом, если он продолжает работать по собственной инициативе и его устраивают круг его рабочих обязанностей, рабочий график и т. д. Если пенсионер вынужден продолжать работать, это негативно сказывается на его внутреннем благополучии.

– «Вытолкнутые на пенсию». Самая неблагополучная группа, желающая продолжать работать, но не имеющая такой возможности, что может сопровождаться потерей смысложизненных ориентиров, снижением самооценки и ухудшением здоровья.

– Возобновившие работу после выхода на пенсию по другой специальности. Представители этой группы являются благополучными, если возобновление профессиональной деятельности происходит по инициативе пенсионера и не является вынужденной мерой, а также если новая трудовая деятельность удовлетворяет его желаниям.

Расширение рынка труда для пожилых людей позволит сделать выход на пенсию менее болезненным. Но в современной России эта проблема была отодвинута на второй план прошедшей пенсионной реформой, в результате которой был существенно увеличен пенсионный возраст как для мужчин, так и для женщин. Таким образом, у современных пожилых людей в нашей стране главной задачей стало достижение пенсионного возраста.

Можно выделить следующие фазы выхода на пенсию:

- Предпенсионная фаза. Подготовка к будущему статусу и формирование системы представлений и ожиданий от этого жизненного периода.

- Фаза «медового месяца». Период сразу после выхода на пенсию, сопровождающийся эмоциональным подъемом.

– Фаза разочарования и освобождения от иллюзий. В этой фазе эмоциональный подъем сменяется негативными эмоциями, вызванными разницей между ожиданиями и реальностью. Соответственно, чем реалистичнее представления пожилого об этом периоде жизни, тем меньшее разочарование его ожидает.

– Фаза переориентации. В этот период происходит выработка более адекватных представлений о будущем.

- Фаза стабильности, характеризующаяся принятием и исполнением роли пенсионера.
- Завершающая фаза. В этой фазе ведущей может стать другая роль – например, роль инвалида.

Очевидно, активное долголетие можно рассматривать не столько как отдельный феномен, сколько как результат гармонии человека с окружающей средой, прежде всего социальной. Самое главное в этой гармонии – психологический комфорт и удовлетворение жизнью. Здоровое старение, по видимому, является ключом к счастью.

За последние шесть десятилетий достижения в области здравоохранения и улучшения условий жизни способствовали значительному снижению показателей смертности в большинстве регионов мира. Это означает рост продолжительности жизни при нормальном состоянии здоровья, то есть увеличение ожидаемого количества лет, которое человек может прожить относительно здоровым в определенном возрасте.

Относительно здоровая и обеспеченная старость – возможный вариант в современном мире, но иногда появляется враждебное чувство к старости и страх перед ней. Этот страх пришел из далекого прошлого, когда старому человеку не было места в общине или племени из-за дефицита ресурсов, когда его выбрасывали собственные дети, и это не вызывало никакого протеста ни у них, ни у общества. Это чувство называется геронтофобия (лат. *gerontos* – старец, *phobos* – боязнь) – страх старых людей или собственной старости. Есть и противоположное понятие – геронтофилия (лат. *gerontos* – старец, *phileo* – любить), или любовь к старым людям.

С другой стороны, в традиционных обществах (японском, китайском, американских индейцев) пожилому человеку отводится роль старейшины, мудреца. Этот социокультурный дуализм в отношении к старости уходит корнями в реальные противоречия общества.

Наряду с описанными теориями (лекция №2), необходимо рассмотреть социальные факторы (индикаторы, которые формируют отношение к пожилым

людям), определяющие статус пожилых и старых людей в обществе. К ним можно отнести следующие:

- Доход: деньги и владение собственностью являются основой обеспечения независимости и безопасности пожилого человека.

- Ухудшение состояния здоровья пожилых и снижение их работоспособности.

- Знания и опыт: старые люди обычно владеют большей мудростью и опытом, чем молодые и взрослые, но освоение новых технологий дается им с трудом.

Роль преемственности знаний сегодня значительно ослабела. Стремительное развитие научно-технического прогресса обесценило понятие опыта пожилых, который сохранился только в некоторых областях науки и искусства. Опыт уже не эквивалентен знаниям, и пожилым не удается включиться в социальную эволюцию, поэтому они больше не являются «стратегическими учителями». Однако опыт пожилого человека сохраняет значимость в межличностных отношениях, ведь любовь, ненависть, зависть, дружба, прощение, другие человеческие чувства не потеряли своей актуальности.

В связи с утратой роли «стратегических учителей» и частой экономической несостоятельностью увеличиваются стереотипизация и предубеждения к старым людям.

Термин *социальный стереотип* был впервые использован в 1922 г., когда было проанализировано влияние имеющегося знания о предмете на его восприятие и оценку при непосредственном контакте. Это значит, что стереотипы ориентируют человека в мире социальной информации.

**Стереотипы о старости** включают в себя набор негативных представлений в отношении трудностей, связанных с возрастом, когда происходит ухудшение здоровья, физических и умственных способностей, затрудняется повседневная деятельность, наконец, появляются физические признаки старости, такие как морщины, медлительность, сниженная скорость реакции, сниженный фон настроения и пр.

Эти стереотипы особенно интересны, поскольку мы все при удачном стечении обстоятельств попадем в эту группу, и то, как мы расцениваем пожилых и старых людей, является взглядом на наше собственное будущее.

В процессе старения тяжелее приходится женщинам, поскольку в нашей стране женщин позднего возраста втрое больше, чем мужчин из-за разницы в продолжительности жизни и последствий военных и послевоенных лет. Поэтому женщины чаще сталкиваются с проблемой одиночества в пожилом возрасте. Кроме этого, у женщины увеличивается вероятность бедности в старости, особенно если она не работала, ухаживая за детьми.

С точки зрения стереотипов, ценность женщины в обществе определяется ее сексуальной привлекательностью, а также исполнением ролей жены и матери. В этом смысле ценность мужчин зависит от социального статуса и дохода. Соответственно, в старости женщинам больше переживаний доставляют внешние признаки старения, тогда как мужчинам – потеря материального достатка и положения в обществе.

Старость – это период накопления множества потерь за относительно короткий промежуток времени. Пожилые люди переживают большое количество возрастных изменений и обязаны проявлять больше интеллектуальных усилий и большую приспособляемость для совладания с ними. Ключом к пониманию возрастных проблем пожилых людей является признание того, что физическое здоровье и психологическое благополучие связаны между собой. У людей, страдающих от болезней сердца или диабета, может снизиться уровень психологического благополучия, и наоборот, люди с депрессией или повышенной тревожностью воспринимают их как физические проблемы, например, слабость и недостаток энергии или проблемы с желудком.

По результатам исследований пожилые люди одинаково, а иногда и лучше, чем молодые, реагируют на психологические потери. Однако в периоды психологических трудностей им, несомненно, требуется психосоциальная поддержка. Несмотря на это, пожилые люди составляют лишь 6–8 % клиентов, обратившихся за психологической помощью. Намерение обратиться к специалистам по вопросам психологического благополучия базируется на знаниях об

этих услугах, а также на убеждении в том, что люди вокруг готовы помочь и компетентны это сделать.

В России решение этого вопроса находится в зачаточном состоянии по ряду причин. С одной стороны, у потенциальных клиентов не сформирована культура заботы о своем психологическом состоянии. С другой – пожилые люди могут восприниматься самими специалистами как «отработанный материал», на который нет смысла тратить ресурсы. Однако в современном мире повышается процент населения преклонного и позднего возраста. Таким образом, люди этих возрастных групп обладают существенным влиянием на социально-экономическое положение, а также на психологический климат в обществе. Следовательно, их психическое здоровье и благополучие имеют большое значение для всего социума. Однако отношение общества к пожилым людям не всегда этому способствует.

Начиная со второй половины XX в. большое место уделяется проблеме эйджизма (термин предложил Р. Батлер в 1969 г.) – дискриминации по возрасту. Эйджизм в отношении пожилых людей присущ многим институтам современного российского и западного общества.

Эта категория включает в себя институциональный эйджизм (юридически закрепленную дискриминацию людей определенной возрастной группы) и внутренний (обидные, унижительные действия, негативные высказывания, физическое или психологическое насилие, жестокость и т. д.).

Изучению жестокости по отношению к пожилым в семье и в обществе посвящены многие зарубежные исследования. В последнее время и отечественные ученые обратили внимание на проявления жестокости к людям позднего возраста. О. В. Краснова и А. Г. Лидерс предложили следующую классификацию форм жестокости:

- Физическая жестокость: рукоприкладство; угроза физического насилия; умышленное нанесение телесных повреждений.
- Психологическая жестокость: словесное оскорбление; вызывание страха возможным плохим обращением; угрозы изоляции; вымогательство; поведение, которое вызывает у пожилого чувства отчаяния и безнадежности.

– Эксплуатация (экономическая жестокость): финансовая эксплуатация; отказ в доходе, зарплате, пенсии; использование силы и юридических мер для нанесения ущерба пожилым.

– Нарушение прав: несоблюдение законов, гарантирующих всем людям, в том числе и пожилым, соблюдение их прав.

– Активное пренебрежение: игнорирование; поведение, в результате которого пожилой человек чувствует себя брошенным, слабым, умственно неполноценным, не способным заботиться о себе, имеющим физические и умственные недостатки.

– Пассивное пренебрежение: непреднамеренное отсутствие внимания, которое, тем не менее, приводит к физическому дискомфорту пожилых людей.

Таким образом, отношения пожилого человека с обществом противоречивы и не всегда способствуют его психологическому благополучию. Однако установление гармоничных отношений между значительной по размерам группой пожилых и остальным населением является одной из важнейших задач современного общества.

# УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К

## СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ

### Цели и задачи освоения дисциплины

- ✓ Целью данной дисциплины является ознакомление будущих врачей с проблемами людей пожилого и старческого возраста;
- ✓ Изучение психологии и психопатологии пожилого и старческого возраста
- ✓ Освоение психотерапевтических методов в решении семейно-бытовых проблем пожилых и старых людей
- ✓ Понимание деонтологических вопросов в обслуживании и социальной работе со старыми людьми
- ✓ Изучение теоретических концепций социальной геронтологии

В результате изучения дисциплины специалист должен обладать следующими компетенциями

### Знать:

- ✓ знать основы анатомии, физиологии, клинического мышления, возрастной психологии.
- ✓ признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами.
- ✓ знать концепцию здоровья и болезни, факторы здоровья и болезни.
- ✓ способы контроля и оценки индивидуального физического развития и физической подготовленности;

### Уметь:

- ✓ понимать, как увеличить контроль над состоянием здоровья, фокусируя свою деятельность не на болезни, а на здоровье.
- ✓ определить необходимость направления пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу.
- ✓ оценить исходное состояние здоровья и проводить динамическое

наблюдение за физическим состоянием лиц разного возраста.

- ✓ уметь составить план индивидуального ведения пациента с учетом его психосоматических проблем и факторов риска заболеваний.

### **Владеть:**

- ✓ теоретическими и практическими знаниями в области анатомии, физиологии, специальной психологии,
- ✓ навыками направления пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу.
- ✓ организаторскими навыками.
- ✓ владеть методами первичной, вторичной и третичной профилактики болезни

Возможна индивидуальная отработка семинарских занятий в виде устной сдачи каждой лекционной темы (включающей дополнительные вопросы, выносимые на самостоятельную подготовку) регулярно в течение семестра во время, отведенное для семинара.

### **Самостоятельная (внеаудиторная) работа студентов**

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к семинарским занятиям, работу с литературными источниками, анализ состояния создание благоприятных условий, обеспечивающих формирование основ сохранения здоровья, формирования мотивации к активному и здоровому образу жизни (ЗОЖ); изучение закономерностей поддержания здоровья, моделирование и достижение здорового образа жизни. Обязательным условием СРС является участие в научно-практической конференции, круглом столе или олимпиаде, включающей написание эссе, рефератов, а также разработка примерной индивидуальной программы ЗОЖ. Это предполагает активное участие студентов в подготовке и обсуждении докладов, сообщений к семинарским занятиям, а также во внутривузовских олимпиадах и конференциях. Темы докладов согласовываются с преподавателем заранее, должны описывать актуальные современные проблемы и иметь связь с тематикой круглого стола или конференции.



## **Примерный перечень вопросов и заданий для проведения промежуточной аттестации.**

1. Что такое социальная геронтология.
2. Что такое геронтология.
3. Функции социальной геронтологии.
4. Три направления социальной геронтологии.
5. Цель социальной работы.
6. Основные принципы в отношении пожилых людей принятые ООН.
7. Что такое старость.
8. Виды старости.
9. Что такое старение.
10. Календарный возраст
11. Биологический возраст.
12. Ритм старения.
13. Современные представления о старении.
14. Виды старения.
15. Неравномерность старения.
16. Демографическая старость.
17. Главный фактор старения населения.
18. Теория разобобществления.
19. Теория субкультур.
20. Теория меньшинств
21. Теория активности.
22. Теория социального освобождения.
23. Теория символического интеракционизма.
24. Модель счастливой старости
25. Теория социально-эмоционального отбора.
26. Парадокс завершения человеческой жизни.
27. Эпигенетическая теория.
28. Теория психологического витайкта

29. Проблемы связанные со здоровьем пожилого населения.
30. Потребности в медико-социальной сфере.
31. Планирование больничных учреждений.
32. Этапность оказания всесторонней помощи.
33. Социальная активность
34. Причин снижения социально-экономического статуса.
35. Виды деятельности для пожилого населения.
36. Трудовая деятельность.
37. Общественно-политическая деятельность.
38. Социальная деятельность.
39. Культурно-досуговая деятельность.
40. Образовательная деятельность.
41. Семейно-бытовая сфера.
42. Волонтерское движение.
43. Геронтологические риски.
44. Активные действия государства в направлении повышения социальной активности людей пожилого возраста.
45. Типология старости И.С. Кона.
46. Процессы старения В.В. Фролькис.
47. Патологические процессы в пожилом возрасте.
48. Старение иммунной системы и индивидуальные особенности.
49. Старение вилочковой железы.
50. Факторы риска.
51. Старение опорно-двигательного аппарата
52. Старение дыхательной системы.
53. Старение пищеварительной системы
54. Старение половой системы и сексуальная активность.
55. Возрастные изменения жировой ткани.
56. Внешние признаки старения.
57. Возрастное изменение голоса.
58. Возрастные изменения сенсорных систем

59. Возрастные изменения моторной функции.
60. Особенности сна в пожилом возрасте
61. Варианты статуса пенсионера.
62. Фазы выхода на пенсию.
63. Геронтофобия.
64. Геронтофилия.
65. Социальные факторы.
66. Стереотипы о старости.
67. Проблема эйджизма.
68. Классификация форм жестокости.
69. Когнитивные особенности старения
70. Эмоциональные особенности старения
71. Возрастные изменения личности в старости
72. Психическое здоровье и снижение самооценки.

## Рекомендуемая литература

### Литература

#### а) основная литература

1. Хасанова, Г.Б. Социальная геронтология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г.Б. Хасанова. - М.: ИНФРА-М, 2019. - 171 с. - ЭБС «Znanium.com» - Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/product/1032673>

#### б) дополнительная литература

1. Социальная реабилитация [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Ш. Валеевой - М.: Инфра-М, 2019. - 320 с. ЭБС «Znanium.com» - Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/product/995400>
2. Психосоциальные аспекты долгожительства / Е. Голованова [и др.] [Текст] // Врач. - 2016. - № 6. - С. 41-42. - ISSN 0236-3054. - (Из практики). - Библиогр.: с. 42 (8 назв.)
3. Бутуева, З. А. Социальная геронтология: учебное пособие для вузов / З. А. Бутуева. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 174 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-13735-4.
4. Хисматуллина, З. Н. Социальная геронтология: учебное пособие: [16+] / З. Н. Хисматуллина; Казанский государственный технологический университет. — Казань: Казанский национальный исследовательский технологический университет (КНИТУ), 2011.

### Формы контроля

В качестве обязательных форм **текущего контроля** выступают:

- сдача контрольного среза знаний (модуля),

ЛИБО

- участие в «Неделе науки МГТУ».

Модуль сдается в устном виде. Участие в Неделе науки включает следующие формы работы (на выбор студента по согласованию с преподавателем):

- подготовка доклада к научно-практической конференции,

- участие в олимпиаде (при условии получения удовлетворительных результатов),

- подготовка доклада на круглый стол,

- написание и опубликование статьи.

Для **итогового контроля** усвоения дисциплины учебным планом предусмотрен зачет в устной форме. Допуск к сдаче зачета имеют студенты:

- посетившие более 50% занятий и имеющие пропуски по уважительной причине;

- имеющие допуск к сессии по результатам сдачи контрольного среза знаний (модуля);

- принимавшие активное участие в семинарских занятиях, либо отработавшие все лекционные темы;

- сдавшие одну из выбранных форм текущего контроля;

- сдавшие 80% материала изучаемого на курсе по дисциплине.

Зачет принимается преподавателем, ведущим теоретическую подготовку по данному курсу.

**Куева Элла Мухамедовна**

Методические рекомендации  
«Социальная геронтология»  
(для студентов лечебного факультета)