

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ВОЗРАСТА

О. В. Краснова

Регрессионная модель выбора в пожилом возрасте

В статье представлены результаты эмпирического исследования (выборка 609 человек пожилого возраста), которые позволили создать регрессионную модель выбора в пожилом возрасте на примере выбора социальных услуг со стороны социального обслуживания. Данная модель объясняет выбор (как эндогенную переменную) через следующие экзогенные переменные: качество жизни, здоровье, условия жизни и контроль над жизнью.

Обнаружено, что возраст положительно связан с потребностями пожилых людей в услугах: чем старше человек, тем в большей степени он нуждается в услугах, однако опыт возрастной и иной дискриминации не влияет на то, нуждается человек в услугах или нет.

Другие результаты касаются инфраструктуры и организации услуг.

Ключевые слова: выбор и контроль в пожилом возрасте, оценка социальной помощи, нуждаемость, система социального обслуживания.

Концепция выбора в пожилом возрасте: теоретические подходы

В отечественной психологии выбор рассматривается как процесс, в ходе которого осуществляется избирательное предпочтение ценностей и норм, в том числе этот вопрос обсуждается в рамках проблемы жизненного пути. В литературе описаны виды и функции жизненного выбора с точки зрения не только психологических подходов, но и философских, социологических и др. Закономерности выбора людьми путей решения разного рода задач, включая способы поиска наиболее выгодных решений, — область исследования, включающая понятия и методы математики, статистики, экономики, психологии и менеджмента, чаще всего описанные в рамках теории принятия решений. Однако концепция выбора применительно к пожилым людям в отечественной психологии изучена недостаточно, хотя в отношении, скажем, зрелых или взрослых людей она рассматривается как один из аспектов достижения зрелости. Например, о достижении зрелости свидетельствуют: отсутствие инфантилизма, социальная, нравственная и гражданская развитость, высокая ответственность за собственную

жизнь, способность самостоятельно сделать выбор и принимать решение, а также отвечать за последствия этих выборов и решений, психологическая готовность создавать семью [2].

Зрелость предполагает реалистический взгляд на вещи, понимание того, что не любая цель достижима, а это способствует гибкости в выборе целей и адекватной замене их в случае необходимости. К зрелому возрасту формируются твердые моральные принципы, уверенность в своих силах и адекватная самооценка. Зрелость означает способность и стремление к ответственному максимально осознанному выбору, регулируемому, в первую очередь, самостоятельно выработанной ценностной позицией личности, осознание своей субъектности и интересубъектных основ жизнедеятельности и бытия.

Таким образом, взрослый часто характеризуется как человек, стремящийся к личностной самоактуализации, развитию своих потенциальных способностей, осознанию и осуществлению всех возможностей ответственного выбора, которые предоставляют жизнь, другие люди.

Однако, как указывает Л. А. Петровская [3], ее опыт практической психокоррекции показывает, к сожалению, что порой взрослый человек может и не подозревать, что у него есть выбор.

В гуманистической психологии акцент на проблеме самопознания связан с тезисом о свободе человека, реализуемой в его выборах. Аутентичное (подлинное) бытие предполагает исследование возможностей, предоставляемых каждой ситуацией, и осуществление выбора, который выражает действительные ценности человека, его потребности, чувства и т. п. Таким образом, продуктивный выбор принципиально предполагает более или менее продвинутую ориентацию человека в собственном потенциале [3].

Значение выбора в пожилом возрасте определяется в отечественной литературе особым статусом стареющего человека. С этой точки зрения получается, что взрослый человек завершил свою самоактуализацию, развил все свои потенциальные способности и ему остается только выбирать, чем заниматься в послетрудовой период жизни. Другими словами, его выбор распространяется только на основные жизненные сферы — занятость и отдых, семью и друзей. Например, считается, что правильный выбор занятий в сфере досуга и отдыха, способствующих укреплению здоровья, является существенным положительным фактором социальной адаптации. Кроме того, пожилой человек может как можно дольше поддерживать активность среднего возраста и даже находить новую работу либо выходить на пенсию и жить для семьи и друзей до самой смерти. Главное, для него важно иметь свободу выбора роли или уверенность в том, что он всегда может иметь несколько вариантов социальных ролей. Дружба рассматривается как отношения выбора, который соотносится с понятием добровольности и основывается на общности интересов и стилей жизни.

Это взаимные отношения, которые устраивают обе стороны и не дают финансовой выгоды.

Концепция выбора в пожилом возрасте у зарубежных авторов рассматривается более подробно; она зависит от их теоретических подходов. Например, в модели избирательной оптимизации [6], которая была разработана как прототип стратегии успешного старения в современных исследованиях (в отличие от «успешного старения» в теории разобществления), выбор — одно из трех свойств, каждое из которых связано с соотношением приобретений и потерь:

- ♦ «выбор» — адаптивная задача концентрации личности и общества на тех доминантах, которые имеют высокий приоритет и которые подходят для их умений и ситуации, т. е. выбор целей, областей и видов деятельности. Это свойство непрерывных изменений специализированных форм адаптации как общая черта всего прижизненного развития;
- ♦ «оптимизация» — отражает взгляд, что люди станут умелыми при максимизации своих выбранных курсов или направлений жизни, т. е. оптимизация путей и средств достижения цели через приобретение новых навыков или усовершенствование имеющихся. Это свойство адаптации к условиям биологического и социального старения с их возрастающими ограничениями пластичности;
- ♦ «компенсация» — подобна селекции, это результат ограничений адаптивного потенциала, включает аспекты памяти (т. е. использование новых мнестических стратегий) и технологию (т. е. использование вспомогательных средств, таких как слуховые аппараты и др.), т. е. компенсация недостатка средств для достижения цели. Это свойство индивидуальных избирательных компенсаторных усилий, направленных на преодоление растущих с возрастом трудностей для сохранения полноценной жизни.

В этой модели процессы выбора, оптимизации и компенсации служат тому, чтобы обеспечить возможности развития, несмотря на многочисленные утраты, прежде всего, в плане снижения физических возможностей в позднем периоде жизни.

В экологической психологии старения, общее теоретическое направление которого связано с проблемами компетентности и адаптации пожилого человека, концепция выбора является базовой. Если в 1980-е гг. американские психологи определяли компетентность пожилых людей как успешное представление о своей социальной роли в пожилом возрасте, то в 90-е гг. немецкие психогеронтологи стали рассматривать компетентность на уровне личности как увеличение мотивации в приобретении свободы и контроля над значимыми событиями личной жизни, что может обеспечиваться возможностью самостоятельного принятия решений, правом выбора среди нескольких альтернатив, способностью интерпретировать стрессовые события жиз-

ни и навыками преодоления стрессовой ситуации. Стоит отметить, что в настоящее время под компетентностью пожилого человека понимают «способности и навыки человека, необходимые для ведения самостоятельной, ответственной и удовлетворяющей в личном плане жизни в поддерживающем, побуждающем, стимулирующем к самостоятельным действиям в окружающем мире» [4. С. 78].

Еще один подход связан с самостоятельностью выбора окружающей среды, которая наиболее полно отвечает на потребности человека. Причем речь идет не только о физическом окружении стареющего человека, но и о социальной среде. Социальная среда включает нормы и ценности индивида, общества и культуры. Социальные нормы тесно связаны с понятием «самостоятельный выбор» (выбор Я) окружающей среды. В любом обществе имеются неявные или явные правила, которые предписывают индивидам и группам соответствующее поведение.

Большинство исследований по этой тематике посвящены тому, как пожилые люди выбирают для себя место проживания. Здесь речь идет не только об альтернативе жить в собственном доме или доме-интернате. Так, в Великобритании распространены по меньшей мере пять типов резидентного проживания (жилье под опекой, приюты, дома-интернаты и т. д.). Кроме того, есть как государственные, так и частные дома-интернаты, каждый из которых имеет свой свод правил поведения. Поэтому исследователей интересует, как происходит выбор альтернативного проживания и как пожилые люди осуществляют контроль над своим размещением в специализированном жилье. В одном из исследований, например, 82 % респондентов, проживающих в домах-интернатах, ответили, что они не принимали решения о переезде [7]. Более того, большинство из них считают, что они не получили в свое время информации, достаточной для сознательного выбора, например, не посетили разные дома-интернаты для того, чтобы сравнить качество услуг.

У проживающих в стационарных условиях недостаток возможностей для выражения индивидуального выбора или личной ответственности приводит к тому, что они становятся инертными и беспомощными, их навыки и умения атрофируются, что ведет к так называемому явлению «госпитализма». В этом случае способствовать сокращению стрессовых моментов может высокая степень чувства контроля. И, наоборот, недостаток контроля может привести к ощущению собственной беспомощности, безнадежности.

Осознание контроля над социальным окружением имеет специфическое значение для пожилых людей. Доказано, что события, связанные со вступлением в определенный возраст, например необходимость ухода на пенсию, смерть друзей или родственников, ухудшение здоровья и пр., могут ослабить чувство самоконтроля. Было обнаружено при исследовании пожилых людей в домах-интернатах, что по-

вышение личной ответственности за определенный выбор, например выбор саженца, за которым надо ухаживать, улучшает чувство социальной причастности и общее благополучие. Данные многих исследований подтверждают важность предсказуемости окружающей обстановки, которая поддается контролю.

Еще один из подходов, в котором центральное понятие — «опыт выбора», использовался в исследовании по адаптации людей, проживающих в домах-интернатах. Теория самоопределения различает активные и амотивированные действия и делает дальнейшие различия в пределах класса поведения, которое мотивируется. Этот подход объединил теорию давления среды и с теорией самоопределения [8].

Канадские психологи П. О'Коннор и Р. Валлеранд [13] применили эти теории к исследованию регуляции повседневного поведения в позднем периоде жизни и мотивации пожилых людей. Это позволило им определить, как мотивационные стили, степень самоопределения, доступного в окружающей среде, и окружение пожилого человека связаны с психологической адаптацией (удовлетворением жизнью, чувством собственного достоинства, депрессией и смыслом жизни).

Первичная детерминанта мотивации — та степень, в которой окружающая среда обеспечивает возможности для самоопределения. Факторы, которые увеличивают опыт свободы выбора, увеличивают мотивацию. Вероятные последствия видов мотивации основаны на континууме самоопределения: чем выше степень независимости мотивации, тем более благоприятны последствия для психологической регуляции. Это нашло подтверждение в разных областях жизни, включая образование, спорт, профессиональную деятельность, межличностные отношения и досуг.

Многочисленные исследования показали, что выбор и контроль имеют положительные последствия для пожилых людей, однако зависят от их функциональных способностей и локуса контроля. Поэтому исследования мотивационных стилей можно применить к другим важным аспектам их жизни.

Соответствие личности и окружения важно для самоопределения и мотивации в позднем периоде жизни. Так как было обнаружено, что ограничение окружения влияет на контроль, возможно, доступные возможности для самоопределения в окружающей среде изменяют мотивационные стили. Свобода выбора может быть выгодна тем пожилым людям, чьи действия регулируются независимыми формами мотивации, и могут не оказывать никакого, даже отрицательного влияния на тех пожилых людей, чьи действия регулируются мотивацией без самоопределения.

Таким образом, теория продолжительности контроля в течение жизни является основой целого ряда концепций, разрабатываемых современными американскими и немецкими психологами, занимаю-

щимися развитием. Эта теория постулирует первенство процессов контроля, которые нацелены на изменение внешнего мира в соответствии с собственными целями и потребностям индивида («первичный контроль»). Однако допускается, что, по мере того как люди стареют, возникает необходимость изменять и адаптировать себя («вторичный контроль»), чтобы поддержать самый высокий возможный уровень первичного контроля. Эмпирические данные подтверждают эту теорию и указывают на снижение первичного контроля и увеличение вторичного контроля с возрастом; были подтверждены ожидаемые связи с такими результатами развития, как различные параметры психологического благополучия.

Выбор и оценка социальной помощи пожилыми людьми

Социальная помощь — система социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса, полноценной жизнедеятельности и адаптации в обществе.

В настоящее время социальные службы системы социального обслуживания населения оказывают услуги по более чем 20 направлениям деятельности: от организации досуга и культурно-спортивной работы до психологических консультаций, реабилитационной, наркологической помощи, планирования семьи и т. д.

В то же время социологические исследования свидетельствуют о том, что эффективность системы социального обслуживания остается невысокой, что указывает на определенное снижение компенсаторного потенциала социальной сферы. Это требует от системы социального обслуживания решения новых задач, главной сутью которых является не только отход от принципов патерналистской идеологии в отношении различных категорий населения, но и реализация либеральных идей, дифференцированное воздействие на динамичных, адаптированных к рынку индивидов, ведущих активный образ жизни. Социальные услуги в системе социального обслуживания обуславливают удовлетворение потребностей человека в процессе жизнедеятельности или способствуют ему.

Планирование социальных услуг пожилым людям, в том числе и дополнительных, требует знаний об их психологических и эмоциональных потребностях. Классические психологические теории (например, Э. Фрейда или Э. Эриксона) недостаточно уделяли внимание проблеме развития в позднем возрасте. За последние полвека появились теории старения, которые с разной долей успешности пытаются объяснить психологическую адаптацию к изменениям, связанным со старением.

Старение населения — хорошо известный феномен, так же как и то, что среди пожилых людей преобладают женщины. Сегодня нормально жить для пожилых людей 80—90 лет. Поэтому неоспорима важность новых теорий, учитывающих новую реальность. Тем не менее многие ученые опираются на теорию Э. Эриксона о задачах развития в поздний период жизни. Например, предложено рассматривать значимый переход развития между взрослым периодом жизни и пожилым (что соответствует седьмой и восьмой стадиям Э. Эриксона) [5]. Этот переход включает другую стадию развития с двумя противоположными крайностями — стадию реинтеграции — дезинтеграции, что соответствует времени выхода на пенсию и для мужчин, и для женщин. Задачи развития этой стадии — переоценка удовлетворенности жизнью, социальных и экономических ресурсов. Жилищные условия и социальная поддержка как ресурсы для этой стадии перехода могут значительно повлиять на качество жизни в старом возрасте.

Пожилым возрастом предоставляется новый опыт человеку, в котором немалое место занимают трудности, порождаемые ухудшением физического здоровья, слабостью, новым «образом Я». Слабость рассматривается как новая, сущностная часть «Я».

Число очень старых людей (в возрасте 85 лет и старше) увеличивается быстро. Поэтому социальные программы должны учитывать то, как они справляются со слабостью, адаптируются к ухудшению здоровья [10]. Эти изменения ведут к изменению потребностей. Исследования в этой области могут помочь обнаружить ресурсы для таких программ, чтобы планировать креативные способы удовлетворения изменившихся потребностей пожилых и старых людей.

Направления исследований потребностей различных категорий населения, в том числе пожилых людей, получили наиболее широкое распространение в связи с «оценкой нуждаемости», под которой понимают экспертное обследование состояния, положения, степени инвалидности, потребностей клиентов [1]. Оценка нуждаемости, или оценка потребностей, является основой практики социальной работы, социального и медицинского обслуживания в зарубежных странах и начинает привлекать внимание отечественных исследователей и практиков.

Оценка — это первая фаза в процессе обеспечения потребности в социальных услугах. Процесс оценки включает принятие решений, разрешение проблем, практические навыки и умение применять теорию на практике.

Еще 10 лет назад в нашей стране появились первые работы, в которых подробным образом рассматривался механизм оценки, модели и подходы к процессу оценки. Однако до сих пор практики избегают проводить оценку нуждаемости, несмотря на то что давно доказана ее эффективность и влияние на качество жизни клиентов. Такое избегание объясняется тем, что специалисты не умеют проводить многоаспектную и мультидисципли-

лиментарную оценку или проводят ее в соответствии с собственными представлениями о том, что проблемы со здоровьем — неизбежные следствия старого возраста, в результате чего качество оценки нуждаемости не выдерживает критики. Другой причиной может быть ограниченность наличных ресурсов и социально-экономические трудности.

Оценка потребностей имеет много видов и форм. Некоторые из них нацелены на получение информации о специфических потребностях клиентов или подходящих услугах, другие разрабатываются с целью предложения новых услуг, связанных с объективными демографическими изменениями в российском обществе.

Оценка потребностей различных категорий населения позволяет создать основу для определения ресурсов, требуемых для предоставления социальных услуг. При этом целесообразно разделить формальные (институциональные) ресурсы — те, которые могут предложить социальные организации и учреждения, относящиеся к сфере социальной защиты населения (формальный сервис), — и неформальные — со стороны семьи, друзей, соседей, волонтеров и др. (неформальный сервис).

Оценка применяется с целью сбора необходимых сведений о конкретных потребностях и нуждах человека для того, чтобы планировать социальные услуги, направленные на поддержание его независимой жизни. Переход из одной возрастной группы в другую определяет новые ценности, новые потребности человека. Например, у пожилых и старых людей появляются такие потребности — в здоровье, социальном и медицинском обслуживании, социальных услугах (со стороны общества, семьи, социальной сферы и пр.), которых не было в более ранних возрастах. Проблемы, обусловленные состоянием здоровья (например, функциональные нарушения, ухудшение физического здоровья), — обычно строгие предикторы потребностей в услугах.

В зарубежной литературе часто можно встретить выражение «невстреченные социальным сервисом потребности». Под ними подразумеваются неудовлетворенные потребности человека, которые не приняты во внимание теми, кто должен оказывать индивидам содействие и помощь.

«Невстреченные» потребности — это те потребности, желания или требования любого человека, которые систематически не принимаются во внимание. Соответственно, «встреченные» потребности — те, для удовлетворения которых имеются подходящие услуги, источники или ресурсы.

В понятие нуждаемости входят объективный компонент (определяется в отношении к специфическим стандартам, таким как минимальный доход, прожиточный минимум и пр.) и субъективный компонент, т. е. учет точки зрения пользователя в процессе оценки.

Потребности, обусловленные состоянием здоровья, а также ухудшение активности в повседневной жизни являются значимыми предикторами всех видов услуг. Во многих исследованиях была обнаружена высо-

кая корреляция между плохим ментальным здоровьем, большей нуждаемостью в услугах и невстреченными потребностями. Возраст негативно связан с невстреченными потребностями формального сервиса.

Анализ показывает, что до сих пор не существует единой практики проведения оценки нуждаемости не только в нашей стране, но и за рубежом. Исследователи отмечают значительную разницу в шкалах и содержании разнообразных процедур оценок. В разных организациях оценка в социальной практике различается по своему содержанию и процедурам. Некоторые оценочные шкалы, взятые отечественными специалистами из опыта США или Великобритании, адаптируются к нашим условиям, другие разрабатываются самостоятельно. Например, в нашей стране используются Карта изучения потребностей лиц старших возрастов в медико-социальной помощи, модифицированный опросник «Ресурсы и службы для пожилых американцев», Оценка социального функционирования и др. Однако единой теоретико-методологической основы проведения оценки до сих пор не выработано.

Существует достаточное количество оценочных инструментов, которые можно успешно применять в многоаспектной оценке. В то же время каждый такой инструмент должен отвечать определенным критериям и принципам в соответствии с поставленной задачей.

Практикам нужна схема, которая поможет управлять процессом оценки, вырабатывать последовательно ее цель и содержание, а также подбирать шкалы, в то же время гибко приспособившая его к конкретным людям и их обстоятельствам. Схемы, которые предлагают ученые, не всегда содержат программу или составленный опросник, но, скорее, предлагают модель практики. Такие модели основаны на принципах и понятиях качественной многоаспектной оценки. Например, рассмотрим, как в одной из моделей оценки используются понятия качества жизни и уровня риска.

Концепция качества жизни людей рассматривается как одна из важнейших, характеризующих их социально-психологическую ситуацию.

Концепция риска признается важной настолько, насколько старые люди определяются как зависимые, или уязвимые, хотя систематический анализ степени риска в отношении пожилых проводится недостаточно четко. Тем не менее эти две концепции определяют стартовую точку для развития такого подхода к оценке, который является систематическим, целостным и основан на принципах участия в процессе и пользователя, и специалиста. Исходя из этого целями деятельности становятся оценка качества жизни и оценка степени риска. Шкала оценки будет зависеть от ряда факторов, определяющих качество жизни и уровень риска каждого конкретного человека.

В настоящее время исследователи дискутируют о составляющих элементах концепции качества жизни, а также о стандартах величины каждого элемента. Под социальным стандартом понимается уровень, ниже которого качество жизни не должно опускаться.

Факторы или аспекты жизни, которые определяют качество жизни и уровень риска, будут разными в зависимости от каждого конкретного пользователя и его ситуации. Анализ литературы показывает, что качество жизни большинства людей характеризуют следующие факторы: личностные характеристики, отношение к себе, здоровье, функционирование, личностная автономия, субъективная удовлетворенность, окружение, финансовые и материальные обстоятельства, активность, семья, взаимодействия, социальные сети.

Другая модель оценки основана на концепции социальной поддержки. Социальная поддержка — многоаспектная концепция, которая изучается многими науками, включая геронтологию. Социальная поддержка важна для здоровья и благополучия человека как в их объективном проявлении, так и в субъективной самооценке. В исследованиях по социальной поддержке пожилых людей изучают, кроме ресурсов социальной поддержки, различные факторы взаимного влияния социальной поддержки и семейного статуса, жилищных условий, потребностей в медицинских и социальных услугах, а также влияние социальных связей на благополучие, удовлетворенность жизнью и стратегии совладания.

Так, данные многих исследований показывают важность аспектов поддержки, получаемой как от родственников, так и от посторонних, направленных на удовлетворение различных потребностей пожилых людей.

В настоящее время социальная поддержка рассматривается не как постоянная и неизменная, а как определенный баланс в социальных взаимодействиях индивида, который адаптируется к его индивидуальности, отражает ценности и прошлый опыт, изменившиеся обстоятельства жизни.

Известно, что социальная поддержка коррелирует с благополучием, но есть много переменных, которые трудно измерить. Одним из инструментов, позволяющих достаточно объективно оценить данный элемент социального функционирования индивидов, является Шкала социальной поддержки Норбека — The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) [12], разработанная на основе теоретической модели, рассматривающей три аспекта социальной поддержки: влияние или позитивное выражение чувств одного человека другому; подтверждение или одобрение поведения другого, его представлений или взглядов; помощь или предоставление материальной или символической помощи другому [11].

В Шкале Норбека методы анализа стандартизированы. С помощью этой шкалы легко измерить влияние, подтверждение и помощь как функциональные особенности социальной поддержки от многих источников социальной сети. Вопросы построены таким образом, чтобы выяснить мнение респондента о каждом члене социальной сети и оценить по пятибалльной шкале три функциональные характеристики: размер (перечень тех, кто входит в социальную сеть), стабильность

(длительность взаимодействий), полезность (частоту контактов). Добавлены два дополнительных пункта: кто обычно первый вступает в контакт и где проживают члены сети (дистанция).

Кроме стандартизированных шкал ученые [10] рекомендуют применять в оценке нарративный метод, а также фокус-группы клиентов, например пожилых людей или инвалидов, членов их семьи, специалистов, оказывающих разные услуги. Например, обсуждение в такой группе вопроса «Какие социальные услуги требуются пожилым людям, чтобы они сохраняли свое здоровье и жили независимо?» может предоставить такую информацию, которую нельзя получить только стандартизированными методиками.

Таким образом, комплексная оценка потребностей различных категорий населения проводится с целью детализации картины ценностно-мотивационных аспектов социальной поддержки и представлений каждого клиента, чтобы оценить его жизненные обстоятельства, подобрать соответствующие услуги для удовлетворения его невстреченных потребностей.

Проводить оценку индивидуальных потребностей различных категорий населения для оказания разных видов поддержки социальные работники могут только при наличии валидных инструментов. Оценка нуждаемости должна быть проведена с учетом доверительных отношений, с помощью разнообразных методов и из разных источников — персонала, членов семьи и самих пожилых респондентов.

Таким образом, базовое понятие оценки должно входить в концепцию оказания социальных услуг людям как основа подхода к улучшению социального обслуживания, повышению его эффективности. Оценка нуждаемости населения в услугах должна стать основанием для предоставления социальных услуг. На основе оценки планируется развитие услуг в системе социального обслуживания в целом, с учетом потребностей людей. Важность оценки заключается в том, что это первая ключевая стадия в процессе, который ведет к оптимизации оказания социальных услуг.

Исследование особенностей выбора социальной помощи

С целью изучения особенностей выбора пожилыми людьми видов социальной помощи и оценки их нуждаемости в социальных услугах было проведено эмпирическое исследование, задачи которого включали:

- 1) выявление мнения клиентов — пожилых людей и инвалидов в отношении социальных услуг, которые они получают и которые им требуются;
- 2) детализацию картины потребностей в социальной поддержке и представлений каждого респондента об услугах;

3) оценку мотивационно-ценностного отношения респондентов к услугам, получаемым от центров социального обслуживания (ЦСО).

Исследование позволило верифицировать следующие гипотезы:

- ♦ возраст положительно связан с потребностями пожилых людей в услугах социального обслуживания;
- ♦ люди, страдающие от дискриминации по возрасту, в большей степени нуждаются в услугах;
- ♦ потребности, обусловленные состоянием здоровья (например, функциональные ухудшения, способность к самостоятельному передвижению), выступают строгими предикторами потребностей в услугах;
- ♦ способность и возможность выбора положительно связаны с состоянием здоровья пожилого человека.

Данные собирались в июне 2011 г. в процессе индивидуального интервьюирования. Выборка представлена пожилыми людьми и инвалидами, взятыми в случайном порядке. Всего в исследовании приняли участие 609 респондентов, проживающих в Москве, в возрасте от 54 до 92 лет. Среди них: женщин — 467 человек (76,7 %), мужчин — 142 (23,3 %). Средний возраст — 69,9 лет.

Анализ научной литературы по данной теме позволил составить анкету с учетом Шкалы Норбека, а также требований, которые предъявляются к подобного рода опросникам.

Вопросы анкеты позволяют выявить индивидуальные данные респондентов, оценить их возможности, способности, а также мотивационно-ценностное отношение к тем услугам, которыми они пользуются. Респондентов спрашивали об их информированности об услугах, которые предоставляют центры социального обслуживания, и востребованности предоставляемых услуг. Им также было предложено назвать дополнительные услуги или вид активности, которые необходимы для независимой жизни.

Потребности в получаемых услугах изучались с помощью вопросов респондентам о том, насколько они нуждаются, например, в домашнем уходе по здоровью, о наличии телефона дома и т. д., безотносительно того, получают ли пожилые люди эти услуги, чтобы удовлетворить потребности.

Возможности включают индивидуальные ресурсы, такие как доход, семейные и общественные ресурсы (например, социальная поддержка). Переменные потребностей, обусловленных здоровьем, включают субъективную оценку респондентами состояния своего физического здоровья.

Обработка данных осуществлялась в программе EViews 7. Проводился корреляционный анализ, графический анализ, анализ статистических данных, контент-анализ нарративных данных.

Таким образом, были выделены следующие переменные: индивидуальные характеристики, возможности, активность повседневной жизни, потребности в дополнительных услугах.

Индивидуальные характеристики собирались по девяти характеристикам респондентов, таким как возраст, национальность, пол, семейный статус, образование, доход, количество живущих детей, длительность проживания в районе, религиозные конфессии.

Переменные ресурсов (способностей и возможностей) включают: доход, общую оценку здоровья, способность и возможность делать выбор, осуществлять контроль над повседневной жизнью, качество жизни (удовлетворенность жизнью).

Активность повседневной жизни: передвижение, покупки, уборка дома, стирка, гигиена, оплата коммунальных платежей.

Кроме того, рассматривалась ситуация проживания: один или с кем-то.

Переменные потребностей в услугах включают: транспорт, активность, структурные изменения, персональный уход, медицинский уход, услуги по питанию.

Нарративный метод использовался для изучения представлений респондентов о ресурсах центров и их собственных потребностях в будущем. Респондентам были заданы следующие вопросы:

- ♦ «Что вы знаете о тех услугах, которые обеспечивают пожилым людям центры социального обслуживания?»;
- ♦ «Как вы думаете, какие услуги хотели бы получать другие пожилые люди и инвалиды, чтобы оставаться активными и независимыми?»;
- ♦ «Когда вы думаете о будущем, как бы вы хотели жить?»;
- ♦ «Какие две главные вещи (темы) наиболее волнуют вас?»

Ответы на эти вопросы фиксировались дословно. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью контент-анализа.

Результаты и их обсуждение

Индивидуальные переменные. 90,6 % выборки представлены русскими, остальные — другой национальности (грузины, евреи, татары, азербайджанцы, калмыки, армяне, удмурты, украинцы).

88,7 % выборки считают себя православными; 6,2 % — атеистами; остальные принадлежат иной конфессии.

Число детей у респондентов — от 1 до 6. Наибольшее число респондентов имеет одного ребенка (около 40 %). Более четверти респондентов не имеют детей.

Наибольшее количество респондентов имеют среднее профессиональное и высшее образование.

Возможности респондентов оценивались по шкалам дохода, общей оценки здоровья, способности и возможности делать выбор и осуществлять контроль над своей жизнью.

Респонденты самостоятельно оценивали свой уровень дохода: от 0 — ниже прожиточного минимума до 10 — выше прожиточного минимума. Наибольшее количество респондентов оценили свой уровень дохода как средний (5 баллов). Среднее — 4,33.

Здоровье оценивалось респондентами по 5-балльной шкале — от 1 — очень плохое до 5 — очень хорошее. Здоровье оценено как «среднее», т. е. 2,62, медиана — 3,0.

Как и здоровье, респонденты оценивали способности и возможность делать выбор от 1 до 5 баллов (рис. 1).

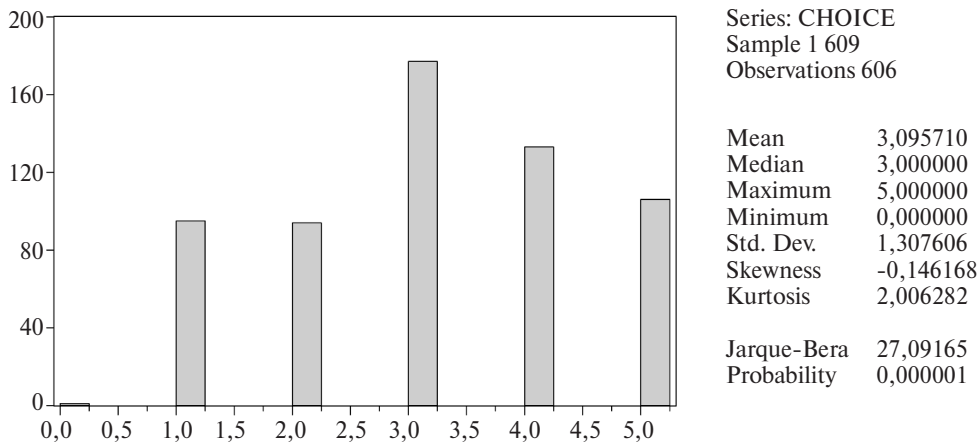


Рис. 1. Способность и возможность делать выбор

Среднее значение — 3,1, медиана — 3,0, что свидетельствует о среднем уровне оценивания респондентами своих способностей и возможностей выбора. Точно так же они оценили способность и возможность осуществлять контроль над своей жизнью (рис. 2).

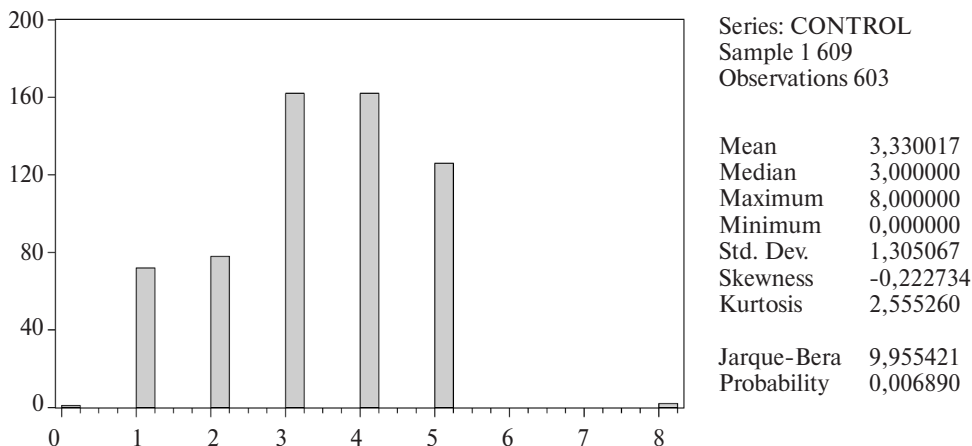


Рис. 2. Способность и возможность осуществлять контроль над повседневной жизнью

Качество жизни (рис. 3) оценивалось по 10-балльной шкале: от 1 — очень низкое качество до 10 — очень высокое.

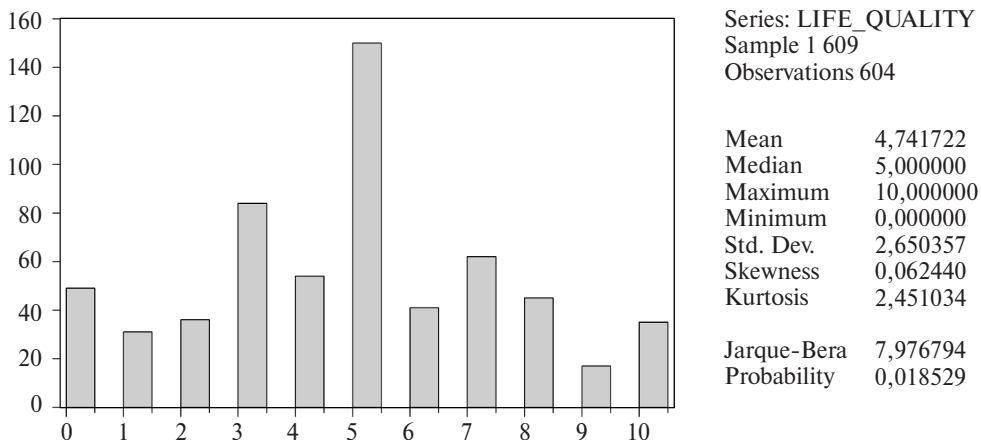


Рис. 3. Качество жизни

Как видно из этого графика, респонденты оценили свое качество жизни как «среднее»: среднее — 4,74, медиана — 5,0. Этот график соответствует нормальному распределению.

На вопрос о потребностях в услугах респондентам предлагалось две альтернативы — «да» или «нет». Их потребность в услугах (помощь в повседневной жизни) выражается в следующих показателях:

- ♦ покупки — 40,79 %;
- ♦ уборка — 39,38 %;
- ♦ коммунальные платежи — 37,56 %;
- ♦ транспорт — 32,89 %;
- ♦ стирка — 25,37 %;
- ♦ гигиена — 17,49 %.

Таким образом, наиболее нуждаются пожилые люди и инвалиды в услугах, связанных с помощью в покупках, уборкой квартиры, оплатой коммунальных платежей и транспортом.

Был также задан вопрос о том, имеют ли они опыт дискриминации. В случае положительного ответа респондентам предлагалось ответить, в чем именно они испытывали дискриминацию. Из 609 человек 178 указали, что они подвергаются (или подвергались) дискриминации (29,2 %): «Если нет денег, то ты никто (в поликлинике)», «Если болен, немощен, никому ты не нужен», «Не такой, как все», «Отказ от поддержки, когда голодала с маленьким ребенком», «В школе из-за инвалидности», «По болезни, считают чужаком», «Неверие врачей в твою болезнь».

Из этих ответов видно, что пожилые люди и инвалиды не только отвечали про настоящее время, но и вспоминали опыт более ранних лет — в школе или «с маленьким ребенком», что свидетельствует о том, что опыт дискриминации очень трудно перерабатывается и оставляет травму на всю жизнь человека. Данные по дискриминации сведены нами в табл. 1, где указана причина дискриминации, в чем она выражается и кем (чем) дискриминируется человек.

Таблица 1

Данные по дискриминации

№	Причина дискриминации	Количество респондентов
1	Возраст	21
2	Трудности трудоустройства	18
3	Национальность	6
4	Плохое здоровье	3
5	Инвалидность	7
6	Пол (ж)	1
7	Образование	1
Кем дискриминируется		
1	Врачами, в поликлинике	6
2	Чиновниками, государственными органами	5
3	Молодыми	2
4	Близкими	1
5	Соседями	1
В чем выражается		
1	Отказ в трудоустройстве	18
2	Негативное отношение	1
3	Не уступают место в транспорте	1
4	Не нужен опыт	1
5	Не разъясняют права	1

Поддержку и помощь в критических ситуациях получают 85,0 % респондентов.

Ситуация проживания: в одиночестве — 46,1 % респондентов (281 человек); с другими — 54,9 %.

Помощь со стороны социальных учреждений: не получают 70,4 % респондентов (429 человек); получают — 29,6 %.

Помощь от членов семьи, друзей, соседей: не получают 13,3 % респондентов (81 человек); получают — 86,7 %.

Социальные сети определялись по количеству человек, которых указали респонденты. Это те люди, с которыми респонденты наиболее часто взаимодействуют, от которых получают поддержку или которым они сами оказывают ее. На рисунке 4 графически представлено количество человек, находящихся в социальном окружении (социальных сетях) респондентов.

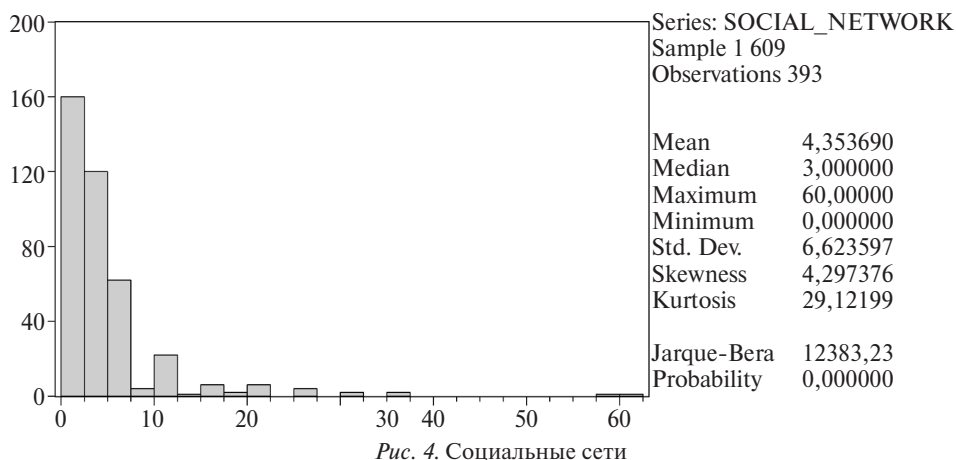


Рис. 4. Социальные сети

Как видно из этого рисунка, среднее значение составляет 4,35 человека в социальных сетях. Медина — 3,0. Таким образом, примерно треть респондентов находятся в группе риска, т. к. их социальное окружение составляют трое и менее человек.

Корреляционному анализу были подвергнуты 18 переменных. Однако только 9 переменных оказались связанными между собой. Так, высокая положительная корреляция обнаружена между следующими показателями:

- ♦ состоянием здоровья и возможностью осуществлять контроль над своей жизнью (0,515);
- ♦ состоянием здоровья и возможностью делать выбор (0,542);
- ♦ состоянием здоровья и качеством жизни (0,545);
- ♦ качеством жизни и возможностью делать выбор (0,564);
- ♦ жилищными условиями и уровнем комфорта и безопасности (0,572);
- ♦ социальной поддержкой и семейной помощью (0,616).

Возраст отрицательно коррелирует с состоянием здоровья, возможностью делать выбор и контролем. Но данная корреляция незначима.

Среди индивидуальных переменных нет ни одной, которая бы коррелировала с другими переменными. То есть возраст, пол, национальность, религиозная принадлежность и пр. не важны для того, чтобы человек позитивно оценивал свои способности и возможности.

Таким образом, первая и третья гипотезы, которые логично связаны между собой, подтверждены, однако вторая гипотеза не подтверждена, т. е., другими словами, возраст положительно связан с потребностями в услугах пожилых людей: чем старше человек, тем в большей степени он нуждается в услугах, однако опыт возрастной и иной дискриминации не влияет на то, нуждается или нет человек в услугах. Четвертая гипотеза подтвердилась, однако кроме состояния здоровья на возможность и способность делать выбор влияют возможность осуществлять контроль над своей жизнью, качество жизни и условия жизни. Поэтому ниже представлен регрессионный анализ, позволивший представить модель выбора в пожилом возрасте.

В нашем исследовании использовалась анкета — методика, широко используемая исследователями. Такие методики действительно помогают проконтролировать оказываемые услуги, однако с их помощью трудно выявить широкие интересы людей, получающих услуги. Поэтому мы дополнили анкету, как указано выше, вопросами, позволяющими получить нарративную информацию, которая была обработана с помощью контент-анализа.

Данные *нарративного метода* показали следующее. Во-первых, результаты ответов на несколько вопросов, по которым были получены нарративные данные, можно было обработать статистическими методами. Так, на первый вопрос респонденты отвечали подробно, например, перечисляли весь список услуг, которые предоставляют социальные центры, или кратко говорили: «Знаю весь перечень». Среди 609 респондентов тех, кто знает об услугах, оказалось 537 человек (88 %). Соответственно, 12 % ничего не знали об услугах, которые оказывают службы социальной помощи.

На вопрос «Когда вы думаете о будущем, как бы вы хотели жить?» респонденты отвечали двумя способами. Первый можно выразить так: «Все устраивает, ничего не хочу менять в своей жизни». Второй — «Нужны изменения». Респонденты распределились примерно поровну, т. е. половину выборки полностью устраивает их нынешняя жизнь, в то время как другую половину — нет. Последние хотели бы спокойно и защищенно жить (27 %), иметь «пенсию побольше», жить «более обеспеченно» (38 %), «не чувствовать себя одиноким», «быть нужным людям» (18 %), «чтобы все было благополучно у меня и близких» (17 %).

Вообще тема благополучия родных и близких, детей и внуков — первая по значимости в ответах на последний вопрос о главных вещах, которые волнуют респондентов. На втором месте стоит проблема здоровья. К этой проблеме мы отнесли и вопросы медицинского обслуживания, о которых неоднократно упоминали респонденты. Третье место занимают финансовые и материальные проблемы респондентов. На четвертом месте — проблемы независимости, страх оказаться

немошным инвалидом, «стать бомжом», «утратить самостоятельность». Наконец, на последнем месте стоят общественные проблемы, к которым относятся экология, «разгул бандитизма в России», нестабильность общества и ситуации, «безнравственность общества».

Вопрос: «Как вы думаете, какие услуги хотели бы получать другие пожилые люди и инвалиды, чтобы оставаться активными и независимыми?» — был сформулирован специально в отношении других пожилых людей и инвалидов, т. к. это позволяет получить более откровенную информацию, чем если бы прямо спрашивали самого респондента, что бы он хотел сам. В ответах проявился феномен каузальной атрибуции, поэтому все (или почти все респонденты) отвечали, исходя из собственных интересов.

Наиболее распространенный ответ: «Все, что имеет ЦСО на сегодняшний день в отделениях». Как правило, так отвечали те, кто пользуется услугами центров социального обслуживания. Многие респонденты, кроме вопросов повышения пенсии, обращали внимание на проблемы медицинского характера: «расширить список бесплатных лекарств и облегчить процедуру их получения», «медицинское обслуживание на дому», «врачебная консультация», «лекции о здоровье, занятия ЛФК на свежем воздухе» и пр.

Анализ данных показал, что, когда клиенты говорят о качестве услуг, оказываемых им, они имеют в виду как свое удовлетворение, так и то, как оказываются эти услуги.

Пожилые люди считают важным в повышении качества услуг следующее:

- ♦ поддержание существующего спектра услуг по личному уходу, помощи по дому, поддержки с тем, чтобы сохранить свою независимость;
- ♦ выполнение важных, с их точки зрения, задач специалистами — социальными работниками, особенно большой объем помощи на дому;
- ♦ предоставление удобств, поддержки, приспособлений;
- ♦ постоянство оказания услуг (одним и тем же работником);
- ♦ предоставление информации об услугах;
- ♦ возможность положиться на оказываемые услуги;
- ♦ проявление социальными работниками при оказании услуги отзывчивости и чувствительности;
- ♦ увеличение объема услуг при необходимости;
- ♦ обучение работников, оказывающих услуги;
- ♦ улучшение планирования услуг по уходу.

Кроме того, ими были указаны условия, повышающие не только качество услуг, но и способность и возможность осуществлять контроль над своей жизнью, делать выбор:

- ♦ возможность пользоваться безопасным, доступным транспортом.
- Инвалиды и пожилые люди, проживающие в таком большом мега-

полисе, каким является Москва, придают большое значение транспорту. Он оказывает значимое влияние на качество их жизни, делает для них доступным мир за пределами четырех стен, помогает чувствовать себя независимыми и дает возможность быть в обществе;

- ♦ возможность выйти из дома. Этот аспект услуг может быть развит в сотрудничестве с другими учреждениями, организациями, сферами услуг. Социальные службы могут сотрудничать со школами и некоммерческими организациями на основе учебных программ. Некоторым пожилым людям необходим человек, сопровождающий их на улице, другим требуется транспорт. В большинстве случаев помощь требуется для прогулок недалеко от дома, а не для дальних поездок;
- ♦ улучшение услуг здравоохранения. Такие услуги здравоохранения, как выписка рецептов и легкий доступ к участковому врачу, желательны для улучшения качества ухода;
- ♦ хорошее здоровье. Это ключевой аспект для сохранения независимости: возможность получать правильное лечение, доступ к услугам здравоохранения, организация предоставления медицинских услуг, профилактика заболеваний. Ценность хорошего здоровья, по мнению респондентов, принявших участие в этом исследовании, подчеркивает важность оказания услуг, которые поощряют и признают навыки и способности тех людей, которым оказываются эти услуги.

Как сказал один респондент (мужчина 90 лет), качество услуг «...дает нам возможность жить дома, что является самым важным, потому что вы сохраняете нашу независимость».

Другие аспекты обеспечения условий, которые респонденты считали важными для улучшения качества услуг, относятся к сфере вне дома. Они включают в себя наличие скамеек (сидений) в магазинах и рядом с магазинами, широкие двери, позволяющие пользоваться инвалидными колясками.

Регрессионный анализ

Была построена и оценена модель регрессии. Данная модель объясняет выбор (как эндогенную переменную) через следующие экзогенные переменные:

$$\text{выбор} = \text{константа } c + \beta_1 \times \text{качество жизни} + \beta_2 \times \text{здоровье} + \beta_3 \times \text{условия жизни} + \beta_4 \times \text{контроль} + \varepsilon_i,$$

где ε_i — ошибка, содержащая в себе влияние на выбор ненаблюдаемых факторов.

Результаты оценки регрессии представлены в табл. 2.

Результаты регрессионного анализа (методом наименьших квадратов)

Переменные	Коэффициент	Оценка коэффициента	Значимость
Качество жизни	β_1	0,039	0,013
Здоровье	β_2	0,277	0,000
Условия жизни	β_3	0,096	0,030
Контроль	β_4	0,542	0,000
Константа c		0,013	0,944

Другими словами, если респондент считает, что он контролирует ситуацию на 1 балл выше (чем, например, другой человек), то он способен и имеет возможность делать выбор в своей жизни в среднем выше на 54 % (чем этот же другой).

Если условия жизни он оценивает на 1 балл выше, то оценка выбора растет на 0,1 балла.

Оценка качества жизни на 1 балл повышает оценку выбора всего на 0,04 балла. Несмотря на то что это малая величина, она является значимой.

Если он считает себя здоровым (на 1 балл выше по шкале здоровья), то на 0,28 балла выше он оценивает возможность иметь выбор.

Таким образом, выбранные нами переменные оказались значимыми при объяснении возможности и способности пожилого человека делать выбор. Наиболее выраженной переменной оказывается способность и возможность осуществлять контроль над повседневной жизнью пожилого человека, что на 54 % повышает оценку им выбора.

При этом качество модели оказалось весьма высоким ($R^2 = 0,57$).

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Разработанная анкета позволяет оценивать потребности и нужды пожилого человека, в том числе ее можно применять для того, чтобы планировать социальные услуги, направленные на поддержание его независимой жизни.
2. Исследование позволило представить портрет среднестатистического респондента: это москвич в возрасте 70 лет, имеющий одного ребенка, со средним профессиональным специальным или высшим образованием, удовлетворительным уровнем здоровья (средний балл — 2,7 по 5-балльной шкале), средним уровнем доходов (4,7 по 10-балльной шкале), средним уровнем жизни (4,9 по 10-балльной шкале), иногда испытывающий чувство одиночества, но, тем не менее, с высоким уровнем чувства безопасности (3,7 по 5-балльной шкале).

Как видно из этого портрета, средний москвич не нуждается в услугах, он имеет нормальный уровень возможностей и способностей делать выбор и осуществлять контроль над своей повседневной жизнью. Поэтому наши данные еще раз говорят о том, что в оказании социальной помощи большую роль должен играть адресный подход. Помощь должна оказываться только тем, кто в ней нуждается. Но это не исключает оказание социальных услуг всем пожилым людям и инвалидам, однако требуется обсуждать условия, в том числе и финансовые, оказания этих услуг.

3. Возраст положительно связан с потребностями пожилых людей в услугах: чем старше человек, тем в большей степени он нуждается в услугах, однако опыт возрастной и иной дискриминации не влияет на то, нуждается человек в услугах или нет.
4. Кроме того, на основе проведенного исследования можно сделать вывод о том, что недостаточно просто выслушивать мнения клиентов о качестве услуг, т. е. консультироваться с ними. В литературе имеются данные о том, как проводить подобного рода консультации (см., напр.: [1]). Мы считаем, что нужно связать такие консультации с процессами оказания и контроля услуг по уходу, что явится предпосылкой для успешного решения этой проблемы.

Проблема возможности влияния на качество услуг для пожилых людей и инвалидов останется неразрешенной, если не будет разработана система учета откликов, которая даст реальную возможность привнести изменения в услуги. Информация, полученная в нашем исследовании, может быть использована для разработки механизмов сбора информации в отношении последующей работы, пересмотра процедур определения и предоставления услуг. Было бы уместно вовлечь в эту деятельность и клиентов.

5. Результаты данного исследования можно подразделить на несколько категорий. Первые касаются точек зрения пожилых людей и инвалидов о качестве и об объеме оказанных им услуг. Главное — необходимо оказывать уход, который бы фокусировался на человеке, с учетом его мотивационно-ценностной сферы, в соответствии с пожеланиями клиента и его конкретной ситуацией. Как заметил один пожилой человек (мужчина 78 лет), «трудно представить, чтобы наши потребности аккуратно совпадали с вашими часовыми графиками».

Другие результаты касаются инфраструктуры и организации услуг, которые дают более полную картину, чем имеют ее в своих представлениях клиенты. Многие пожелания пожилых людей, особенно в отношении медицинского обслуживания, транспорта, не могут напрямую осуществляться социальными службами, выходят за пределы их возможностей. Поэтому требуется междисциплинарное сотрудничество всех сфер в области оказания социальных услуг, когда необходимо участие органов здравоохранения и пр.

6. Для пожилых людей и инвалидов здоровье, сохранение здорового смысла и хорошего физического и психического состояния по-прежнему остаются важными аспектами качества жизни и независимости, а следовательно, способности делать выбор и осуществлять контроль над своей жизнью. Все это входит в компетенцию долгосрочного научного изучения с целью создания социально-комфортной жизненной среды, минимизации социальных рисков, свободы выбора социальных услуг.

Будущие исследования

Несмотря на то что впервые в отечественной геронтопсихологии построена регрессионная модель выбора в пожилом возрасте, это исследование имеет ряд недостатков. Во-первых, была задействована большая выборка с разным статусом здоровья — без проблем здоровья и с проблемами здоровья — инвалиды. Во-вторых, исследование включило большое число переменных, не все из которых оказались информативными. Наконец, в-третьих, выбор оценивался в отношении социального обслуживания. Кроме того, у нас получилось уравнение потребностей удовлетворенных и невстреченных. Поэтому наше исследование не объясняет несоответствие между удовлетворяемыми и неудовлетворяемыми потребностями.

Будущие исследования должны учесть другие теоретические направления и включить дополнительные переменные: психологическую адаптацию, общую удовлетворенность жизнью, что может быть более строгим предиктором потребностей в услугах. Эти потребности имеют сильную корреляцию с качеством жизни.

The article presents the results of empirical research (sample of 609 aged persons) which have allowed creation of a regressive choice model at the elderly age on an example of the social services choice. The given model explains a choice (as an endogenous variable) through the following exogenous variables: quality of life, health, living conditions and life control.

It is revealed that the age is positively connected with aged persons' requirements for services: getting older a person requires services much more; however the experience of age and other discrimination does not influence a person's requirements for services.

Other results concern the services' infrastructure and organizations.

Keywords: choice and control of elderly age, estimation of social help, needs, system of social service.

Литература

1. *Краснова, О. В.* Практикум по работе с пожилыми людьми: опыт России и Великобритании / О. В. Краснова. — Обнинск : Принтер, 2001. — 232 с.
2. *Краснова, О. В.* Зрелость и поздняя зрелость в социально-психологическом контексте / О. В. Краснова // Антология социальной психологии возраста : учеб. пособие для вузов / под ред. М. Ю. Кондратьева. — М., 2010. — С. 310—414.
3. *Петровская, Л. А.* К вопросу о своеобразии социализации взрослого / Л. А. Петровская // Мир психологии. — 1999. — № 2. — С. 29—32.

4. Хойфт, Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия / Г. Хойфт, А. Крузе, Г. Радебольд. — М. : Академия, 2003.
5. Antonovsky, A. Confronting developmental tasks in the retirement traditions / A. Antonovsky, S. Sagy // *The gerontologist*. — 1990. — Vol. 30 (3). — P. 362—368.
6. Baltes, P. B. Psychological perspectives on successful aging: A model of selective optimization with compensation // *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* / ed. by P. B. Baltes, M. M. Baltes. — Cambridge, 1990. — P. 1—34.
7. Bland R. Client Characteristics and Patterns of Care in Local Authority Old People's Homes / R. Bland, R. Bland. — University of Stirling : Department of Sociology, 1985.
8. Deci, E. L. The support of autonomy and the control of behavior / E. L. Deci, R. M. Ryan // *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1987. — Vol. 53. — P. 1024—1037.
9. Fleiger, K. Who do we age? / K. Fleiger // *Aging — annual editions* / ed. by H. Cox. — 7th ed. — Guilford, CT : Dushkin, 1991. — P. 4—7.
10. Health and social service needs of older adults: Implementing a community-based needs assessment / J. Nolin [et al.] // *Evaluation and Program Planning*. — 2006. — Vol. 29. — P. 217—226.
11. Kahn, R. L. Aging and social support / R. L. Kahn // *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* / ed. by W. Riley. — Boulder, CO, 1979. — P. 77—91.
12. Norbeck, J. S. The development of an instrument to measure social support / J. S. Norbeck, A. M. Lindsey, V. L. Carrieri // *Nursing research*. — 1981. — Vol. 30 (5). — P. 264—269.
13. O'Connor, B. P. Motivation, Self-Determination, and Person-Environment Fit as Predictor of Psychological Adjustment Among Nursing Home resident / B. P. O'Connor, R. J. Vallerand // *Psychology and Aging*. — 1994. — Vol. 9, № 2. — P. 189—194.