

УДК 616-053.9
МРНТИ 76.29.59

СОЦИАЛЬНАЯ ОТСТРАНЁННОСТЬ КАК РИСК ФАКТОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

В.А. АРХИПОВ, А.М. АРИНГАЗИНА

КМУ Высшая Школа общественного здравоохранения, Казахстан, Алматы

В.А. Архипов – <https://orcid.org/0000-0002-6975-2724>

А.М. Арингазина – <https://orcid.org/0000-0002-9056-2394>; SPIN 5766-0399

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Arkhipov VA, Aringazina AM. Social isolation as a risk factor of morbidity among older people: a literature review. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(2):110–124.

Архипов ВА, Арингазина АМ. Жүйелі шолу: егде жастағылар аурушандығының қауіп факторы болып табылатын әлеуметтік шектеу, әдебиетке шолу. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(2):110–124.

Архипов ВА, Арингазина АМ. Социальная отстранённость как риск фактор заболеваемости лиц пожилого возраста: обзор литературы. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(2):110–124.

Social isolation as a risk factor of morbidity among older people: a literature review

V.A. Arkhipov, A.M. Aringazina

KMU Higher School of Public Health, Almaty, Kazakhstan

Purpose. Conducting a comprehensive literature review of world sources to develop a fuller understanding of the problem of loneliness among older people.

Methods. We have reviewed modern sources over a ten-year period. Searches were made in Medline, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Applied Social Sciences Index and Abstracts, LILACS, OpenGrey, and Cochrane Library for peer-reviewed research and doctoral dissertations, published in period from 1980 to 2018, and the impact of social isolation and / or loneliness on the development of morbidity among people aged 60 and over.

Conclusions. This literature review aimed to compare the presence of social isolation or loneliness in older people over 60 years with the development of chronic morbidity. A deep understanding of loneliness allows us to determine which type of help is more effective, and we can improve the condition and quality of social contacts. In addition, we will include research from the past three decades without any linguistic or geographic restrictions. Our review aims to address an increasingly pressing problem in terms of its impact on the health of older people and health and social protection systems around the world. Thus, this review will enable policymakers to better understand how to deal with social exclusion and loneliness by identifying the type of assistance that facilitates or prevents social isolation or loneliness and under what circumstances.

Keywords: *loneliness, social isolation, gerontology, morbidity.*

Егде жастағылар аурушандығының қауіп факторы болып табылатын әлеуметтік шектеу: әдебиетке шолу

В.А. Архипов, А.М. Арингазина

ҚДСЖМ Қазақстан медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

Мақсаты. Жалғыз қарт адамдар арасындағы әлеуметтік оқшаулану және онымен байланысты созылмалы сырқаттанушылық туралы неғұрлым толық түсінік қалыптастыру үшін әдебиет көздеріне жан-жақты жүйелі шолу жүргізу.

Әдістері. Біз он жылдық заманауи дереккөздерге шолу жасадық. Жүйелі шолу Medline, Embase, PsycINFO, «Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Applied Social Sciences Index and Abstracts», «LILACS», «OpenGrey» және «Cochrane Library», рецензиядан өткен зерттеулер және докторлық диссертацияларға арналған 2008-2018 жылдар аралығындағы әлеуметтік оқшаулау және жалғыздықтың 60 жас және одан жоғары жас адамдарда аурушандық дамуына әсері жөнінде жазылған басылымдарда жүргізілді.

Қорытынды. Бұл жүйелі шолу 60 жастан жоғары егде жастағы адамдарда әлеуметтік оқшаулау және жалғыздықтың созылмалы аурулардың дамуына әсерін салыстырмалы түрде жүргізуді көздеді. Жалғыздықты терең түсіну бізге қандай көмек түрінің әсері болатынын анықтауға мүмкіндік береді және біз әлеуметтік байланыстың сапасын жақсарту аламыз. Сонымен қатар, біз соңғы үш он жылдықта жүргізілген зерттеулерді қарастырамыз.

Біздің осы шолуымыз, егде жастағы адамдардың денсаулықтарына тигізген әсері, әлемдік денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғаудағы көптеген өзекті



Архипов В.А.
e-mail: arkhipov.kz@gmail.com

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
25.02.2020.

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
05.06.2020

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2020 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

мәселелерін шешуге бағытталған. Осылайша, бұл шолу элеуметтік оқшаулау және жалғыздықтың алдын алу және күресу жолдарына көмектеседі.

Негізгі сөздер: жалғыздық, элеуметтік оқшаулау, геронтология, аурушаңдық, отбасы.

Социальная отстранённость как риск фактор заболеваемости лиц пожилого возраста: обзор литературы

В.А. Архипов, А.М. Арингазина

КМУ Высшая Школа общественного здравоохранения, Алматы, Казахстан

Цель работы. Проведение комплексного литературного обзора мировых источников для составления более полного понимания проблемы одиночества среди пожилых людей.

Методы. Нами был проведен обзор современных источников за десятилетний период. Поиск проводился в изданиях Medline, Embase, PsycINFO, «Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Applied Social Sciences Index and Abstracts», «LILACS», «OpenGrey» и «Cochrane Library», посвященных рецензируемым исследованиям и докторским диссертациям, опубликованным в период с 1980 по 2018 гг. влияние социальной изоляции и/или одиночества на развитие заболеваемости для лиц в возрасте 60 лет и старше.

Выводы. Этот литературный обзор ставил цель проведения сравнения наличия социальной изоляции или одиночества у пожилых людей старше 60 лет на развитие хронической заболеваемости. Глубокое понимание одиночества позволит нам определить, какой тип помощи будет более эффективен, и мы сможем улучшить состояние и качество социальных контактов. Кроме того, мы включили исследования, проведенные за последние три десятилетия без каких-либо языковых или географических ограничений.

Наш обзор направлен на решение все более актуальной проблемы с точки зрения ее воздействия на здоровье пожилых людей и системы здравоохранения и социальной защиты во всем мире. Таким образом, этот обзор позволит лицам, определяющим политику, лучше понять, как бороться с социальной изоляцией и одиночеством, определив тип помощи, которая облегчает или предотвращает социальную изоляцию или одиночество и при каких обстоятельствах.

Ключевые слова: одиночество, социальная изоляция, геронтология, заболеваемость.

Введение.

За прошедшее столетие действительно заметные изменения произошли в здоровье пожилых людей во всем мире, и эти изменения сильно повлияли на общество. Рост пожилого населения был обусловлен, главным образом, увеличением общей численности населения, но также сильно повлияло значительное снижение основных причин смертности. Эти демографические преобразования отражаются в обществе, увеличивая потребности в медицинской помощи и социальные нужды, которые, как ожидается, будут резко возрастать в последующие годы [1]. Исходя из демографических и эпидемиологических перспектив, эти изменения были обнаружены уже десятилетия назад и должны были вызвать радикальные изменения в структуре и функции нашей системы здравоохранения и социальной защиты в то время. Мы подошли к этому огромному вызову неподготовленными. Поскольку все больше людей доживают до преклонного возраста, эти демографические изменения подразумевают гораздо больше, чем просто увеличение хронической заболеваемости. Та же возрастная восприимчивость, которая приводит к возникновению множества хронических состояний у одного и того же человека, вызывает снижение функциональных способностей, а также социальные и психологические проблемы, которые могут

влиять на многие аспекты их благополучия и качества жизни. Выходя за рамки демографической направленности подсчета и прогнозирования количества пожилых людей в популяции, эпидемиология внесла дополнительный вклад в наше понимание состояния здоровья и функциональной траектории пожилых людей [2-6].

Одиночество – это «неприятный опыт, который возникает, когда сеть социальных отношений человека неэффективна каким-либо важным образом, количественно или качественно» [7]. Одиночество может вызвать ряд вредных последствий для физического и психического здоровья, таких как сердечный приступ, высокое кровяное давление; депрессия; или слабоумие [8, 9]. Пожилые люди были определены как наиболее уязвимые для одиночества, и был определен ряд факторов риска, включая, например, вдовство [10], плохое физическое здоровье и все более ограниченные физические способности [11], снижение интимных социальных отношений [12], а также социальные или культурные факторы [13-15]. Кроме того, выборочная социально-эмоциональная теория (ВСЭТ) утверждает, что пожилые люди ценят близкие, эмоциональные и осмысленные отношения больше, чем другие вопросы в жизни, поскольку их временной интервал начинает сокращаться [16, 17]. Значение ВСЭТ для изучения одиночества состоит

в том, что повышенный приоритет интимных отношений сделает пожилых людей более уязвимыми к одиночеству, хотя они ожидают большего от своих социальных отношений, число их интимных социальных отношений, возможно, уже начало уменьшаться как результат вдовства и наличия пустого гнезда. То, как одиночество меняется со временем, является очень важным аспектом этой социально возникшей формы. Ожидается, что люди, которые регулярно остаются одиночками в течение длительного периода времени, будут более уязвимыми, чем те, кто страдает от «приступов временного одиночества». Другими словами, одиночество имеет серьезные медицинские последствия только тогда, когда оно становится «хроническим» [18]. Поэтому полезно отличать «одиночество в поперечном сечении», которое измеряет одиночество респондента в один момент времени или в течение очень короткого периода времени, от «продольного одиночества», которое измеряет временные признаки одиночества, такие как продолжительность каждого эпизода одиночества, количество эпизодов одиночества и характер рецидивов в течение длительного периода времени. Это концептуальное различие может помочь нам лучше понять природу одиночества: чем дольше длится чувство одиночества, тем больше вероятность, что это скорее черта, чем состояние. Именно в духе обнаружения этих продольных признаков одиночества было проведено это исследование, хотя определить, является ли исследуемое одиночество чертой или состоянием, выходит за рамки целей этого исследования.

Распространенность одиночества среди пожилых людей варьируется в зависимости от исследований в зависимости от (а) меры использованного одиночества, (б) изученных групп населения и (в) возрастной группы и размеров выборки. Например, используя Theeke [19], исследования Health and Retirement Study 2002 года (HRS; $n = 8\,932$), 19,3% неинституционализированных или проживающих в обществе взрослых в США старше 65 лет сообщили, что чувствуют себя одиночками на протяжении большей части предыдущей недели. Точно так же Perissinotto et al. [20], используя 3-элементную версию UCLA Loneliness Scale в HRS [21], сообщили, что 29% респондентов в возрасте 75 лет и старше были одиночки, определяя как одобрение одного из элементов одиночества, по крайней мере, «некоторые из время». Наконец, сравнительные данные опроса, проведенного American Association of Retired Persons (AARP; $n = 3,012$) с использованием национальной репрезентативной выборки, показали, что 25% проживающих в сообществе американских респондентов старше 70 лет были одиночками [22], что оценивается по 44 баллам или выше по шкале одиночества UCLA из 20 предметов. В целом, несмотря на неоднородный характер показателей, размеров выборки и возраста, учитываемых в опросах HRS и AARP, распространенность одиночества среди

пожилых людей в США достаточно высока, чтобы вызывать опасения; по оценкам, в пределах от 25 до 29% американских взрослых в возрасте 70 лет и старше сообщают об одиночестве. Аналогичные оценки распространенности были зарегистрированы в европейских странах. Например, [23] сравнивали оценки одиночества у пожилых людей (в возрасте 60 лет и старше) в 25 европейских странах ($n = 47\,999$). Используя одноэлементную меру одиночества (т.е. «Сколько времени в течение последней недели Вы чувствовали себя одиноко?»), авторы подсчитали, что распространенность хронического или частого одиночества была самой высокой в бывших советских республиках, включая Украину (34,0%), Россию (24,4%), Венгрию (21,1%) и Польшу (20,1%). Аналогично, используя данные большой норвежской выборки ($n = 14\,743$), Nicolaisen и Thorsen [24] оценили, что 30,2% взрослых норвежцев в возрасте старше 65 лет сообщили об одиночестве, что измеряется баллом 2 или более (категории ответа диапазон от 1 = не одиноко до 6 = очень одиноко) по de Jong Gierveld (dJG) Loneliness Scale из 6 предметов. Исследования, проведенные в Азии, показали аналогичные оценки распространенности одиночества в зависимости от возраста. Например, в Китае национальное исследование, проведенное в 2000 году ($n = 20\,255$ человек), показало, что 29,6% пожилых людей (в возрасте 60 лет и старше) сообщили, что они «часто чувствовали себя одиночками» [25]. Другие исследователи сообщили об аналогичных оценках распространенности в странах Средиземноморья. Например, Stessman et al. [26] исследовали чувство одиночества среди репрезентативной выборки израильских жителей в Иерусалиме в возрасте 70 лет и старше. Используя единый глобальный показатель субъективного одиночества (то есть «Как часто Вы чувствуете себя одиноким?»), авторы подсчитали, что в возрасте 70, 78 и 85 лет распространенность одиночества составляла 27,9% ($n = 95$), 23,9% ($n = 124$) и 24% ($n = 169$) соответственно. В целом, имеющиеся данные подтверждают вывод о том, что оценки распространенности одиночества в старшем возрасте достаточно высоки, чтобы оправдать вмешательство; однако оценки варьируются в зависимости от исследования, отражая различные подходы к измерению и выборке населения.

Методы

Нами был проведен обзор современных источников за десятилетний период. Обзор проводился в изданиях Medline, Embase, «Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Applied Social Sciences Index and Abstracts», «LILACS» и «OpenGrey», посвященных рецензируемым исследованиям и докторским диссертациям, опубликованным в период с 1980 по 2018 гг. влияние социальной изоляции и / или одиночества на развитие заболеваемости для лиц в возрасте 60 лет и старше. Данные по поиску литературы представлены на Рис. 1.

Оценка одиночества. Одиночество обычно понимается как несоответствие между предпочтительным и фактическим уровнем социального контакта человека [27]. Исследователи отличают одиночество от связанных понятий, таких как одиночество, одиночество и социальная изоляция [28-30]. На самом базовом уровне социальная изоляция была определена как объективное состояние минимального социального контакта с другими людьми, тогда как одиночество отражает субъективное состояние отсутствия желаемой привязанности и близости к существенному или близкому другому (то есть к эмоциональному одиночеству) или к близким друзьям и семье (т.е. одиночество в отношениях). Более того, хотя одиночество и жизнь в одиночестве иногда считаются синонимами жизни в одиночестве, это взаимосвязанные, но не пересекающиеся категории. Например, исследования с участием пожилых людей показывают, что одинокая жизнь не обязательно свидетельствует об одиночестве, при этом многие живущие в одиночестве сообщают о частых социальных контактах и активной социальной вовлеченности в общественные организации [31]. Точно так же исследователи отличают одиночество от опыта одиночества или одиночества. Последнее отражает состояние социальной изоляции, которое предполагает добровольное дистанцирование от социальной сети, тогда как одиночество невольно и более тесно связано с дефицитом воспринимаемого качества социальных взаимодействий [32]. В оставшейся части этого обзора мы фокусируемся на работе, которая определяет одиночество как несоответствие между реальными и желаемыми социальными отношениями, концептуализацию, которая соответствует историческим формулировкам одиночества [27] и учитывает роль связей низкого качества. Индивидуальные различия в одиночестве обычно измеряются с использованием единичных, одномерных шкал или многомерных подходов. Отдельные вопросы об одиночестве – такие, как в более длинных версиях шкалы Center for Epidemiologic Studies Depression (CESD), где респондентам задается вопрос «Чувствуете ли вы себя одиноко?» – являются наиболее распространенными и широко используемыми мерами одиночества. Несмотря на то, что они являются достоверными и хорошо подходят для крупномасштабных исследований, основанных на населении, использование единичных прямых мер может привести к занижению данных из-за стигмы, связанной с тем, что ее идентифицируют как одинокого [33, 34]. Среди наиболее распространенных и широко используемых многомерных шкал, определяющих одиночество, шкала одиночества UCLA [35] и dJG [36]. В отличие от единичных прямых измерений одиночества, эти шкалы состоят из предметов, которые исключают любую ссылку на одиночество. Широко используемая в Европе dJG исследует как эмоциональные, так и социальные аспекты одиночества с помощью

таких элементов, как «Я испытываю общее чувство пустоты» и «Есть достаточно людей, с которыми я чувствую близость». В то время как эмоциональное одиночество подразумевает отсутствие интимной привязанности (партнер, брат, близкий друг), социальное одиночество отражает отсутствие более широкой общины или социальной сети (друзей, коллег и соседей). Элементы социального одиночества, найденные в шкале dJG (например, «Всегда есть кто-то, с кем я могу поговорить о моих повседневных проблемах», «Есть достаточно людей, с которыми я чувствую близость»), есть параллели с элементами из шкалы UCLA (например, «Мне не с кем поговорить», «Я больше ни с кем не близок»). Ни одна из шкал не устанавливает временные рамки для ответов на элементы. Наконец, хотя шкала одиночества UCLA и шкала dJG концептуализируют одиночество как субъективное, они отличаются тем, рассматривают ли они одиночество в первую очередь как глобальную, одномерную конструкцию UCLA или как многогранное явление с отдельными эмоциональными и социальными компонентами dDG. В целом, имеющиеся данные подтверждают необходимость проведения дальнейших исследований с участием пожилых людей, которые учитывают размерность шкал UCLA и dJG.

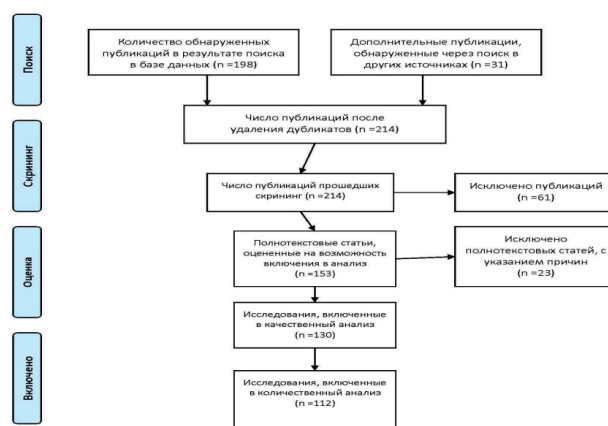


Рисунок 1. Схема обзора литературы

Семейная шкала APGAR была разработана Smilkstein, Ashworth, and Montano (1982). Оценка удовлетворенности пожилых людей с хроническими заболеваниями в отношении семьи имеет важное значение.

Цель этого исследования – описать социально-демографический и клинический профиль пожилых людей с хроническими заболеваниями и соотнести их с предполагаемой поддержкой семьи. Эти вопросы позволяют оценить удовлетворенность человека функционированием его семьи на основе элементов, которые считаются важными в семейной ячейке, согласно аббревиатуре APGAR:

«А – адаптируемость внутри семьи относится к распределению ресурсов, а также к степени удовлетворенности полученным вниманием;

Р – участие – включает совместное принятие решений и семейное общение при решении проблем;

G – рост – по сути, относится к реализации эмоционального роста благодаря свободе в семье менять роли;

A–привязанность–включает в себя удовлетворение человека относительно близости между членами семьи и семейными взаимодействиями;

R – резолюция – относится к разделению времени и удовлетворенности обязательствами, которые устанавливают члены семьи».

Анкета APGAR состоит из пяти вопросов, касающихся компонентов семейной функции, с тремя возможными ответами («почти всегда», «иногда», «почти никогда»), оценка варьируется от нуля до двух баллов. Сумма может быть от нуля до десяти баллов, а семейства можно охарактеризовать как: функциональная семья (7-10) или неблагополучная семья (<6).

Эпидемиология. Старение населения происходит во всем мире (рис. 2). В 1900 году только 4,1% из 76 миллионов человек в Соединенных Штатах были в возрасте 65 лет и старше, а среди этой возрастной группы только 3,2% были в возрасте 85 лет и старше. К 1950 году более 8% всего населения было в возрасте 65 лет и старше, а к 2000 году этот процент увеличился до 12,6% [37].

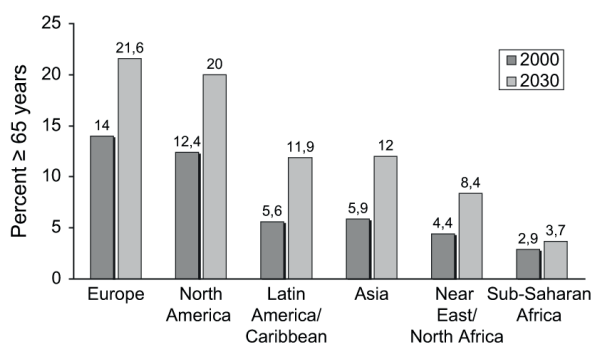


Рисунок 2. Старение населения во всем мире.

Изменение доли пожилого населения зависит от изменений в выживаемости пожилых людей и рождаемости. Повышение выживаемости в старшем возрасте и низкая рождаемость привели к тому, что в европейских странах проживает самое старое население в мире. По оценкам, в Италии и Германии проживает самое старое население в Европе, а второе и третье по численности населения в мире – примерно 19% каждая. Европа будет по-прежнему иметь самую старую популяцию в мире в XXI веке, и, согласно прогнозам, к 2030 году почти каждый четвертый европеец будет в возрасте 65 лет и старше [37]. Согласно данным World Population Prospective: Revision 2015 (United Nations, 2015), число пожилых людей (в возрасте 60 лет и старше) значительно увеличилось в последние годы в большинстве стран и регионов, и, по прогнозам, этот рост будет ускоряться в ближайшие десятилетия [38]. По прогнозам, в период с 2015 по 2030 год число людей в мире в возрасте 60

лет и старше вырастет на 56 процентов, с 901 млн. до 1,4 млрд., а к 2050 году численность пожилых людей в мире, согласно прогнозам, увеличится более чем в два раза, достигнув размера почти 2,1 миллиарда [38]. Во всем мире число людей в возрасте 80 лет и старше, «пожилых людей», растет даже быстрее, чем число пожилых людей в целом. Прогнозы показывают, что в 2050 году число пожилых людей возрастет до 434 миллионов человек, число которых увеличится более чем в три раза с 2015 года, когда насчитывалось 125 миллионов человек старше 80 лет [38]. Ожидается, что в течение следующих 15 лет число пожилых людей будет расти самыми быстрыми темпами в Латинской Америке и Карибском бассейне, при этом прогнозируется рост численности населения в возрасте 60 лет и старше на 71 процент, за которым последуют Азия (66%), Африка (64%), Океания (47%), Северная Америка (41%) и Европа (23%) [38]. Старшее население растет быстрее в городских районах, чем в сельской местности. На глобальном уровне в период с 2000 по 2015 год число людей в возрасте 60 лет и старше увеличилось на 68 процентов в городских районах по сравнению с 25 процентами в сельских районах. В результате пожилые люди все больше концентрируются в городских районах. В 2015 году 58 процентов людей в мире в возрасте 60 лет и старше проживали в городских районах, по сравнению с 51 процентом в 2000 году. Старшие по возрасту с большей вероятностью проживают в городских районах: доля людей в возрасте 80 лет или число проживающих в городских районах возросло с 56 процентов в 2000 году до 63 процентов в 2015 году [38]. Во всем мире число пожилых людей растет быстрее, чем число людей в любой другой возрастной группе. В результате доля пожилых людей в общей численности населения увеличивается практически повсеместно. Хотя старение населения является глобальным явлением, процесс старения в некоторых регионах более развит, чем в других, начавшийся более века назад в странах, которые развивались ранее, и начавшийся лишь недавно во многих странах, где процесс развития произошел позднее, в том числе снижение рождаемости. В 2015 году каждый восьмой человек в мире был в возрасте 60 лет и старше. По прогнозам, к 2030 году пожилые люди в мире будут составлять один из шести человек. К середине XXI века каждый пятый человек будет в возрасте 60 лет или старше. К 2030 году число пожилых людей превысит число детей в возрасте 0-9 лет (1,4 миллиарда против 1,3 миллиарда); к 2050 году будет больше людей в возрасте 60 лет и старше, чем подростков и молодежи в возрасте 10-24 лет (2,1 млрд. против 2,0 млрд.) [38]. Процесс старения наиболее развит в странах с высоким уровнем дохода. В Японии проживает самое пожилое население мира [39]: в 2015 году 33% были в возрасте 60 лет и старше. За Японией следуют Германия (28% в возрасте 60 лет и старше), Италия (28%) и Финляндия (27%).

Эпидемиологическая ситуация в Казахстане и странах СНГ. Средний возраст населения Центральной Азии вырос с 29 лет в 1950 году до 37 лет в 2015 году, а доля населения старше 64 лет увеличилась с 5,8% до 11,8% [40]. В странах Центральной Азии население намного моложе, чем в Европе, и продолжает увеличиваться. Тем не менее, недавнее и значительное снижение рождаемости также способствует увеличению среднего возраста и замедлению роста населения в этих странах [40].

Казахстан – молодая страна, с точки зрения геополитики, это независимая страна около 25 лет. За эти годы Казахстан достиг гораздо более высокого уровня государственного управления; этот факт признается как членами общества [41], так и экспертами международных организаций [42, 43]. Казахстан также является относительно молодой страной с точки зрения демографии: доля населения в возрасте 60 лет и старше составляет приблизительно 11%, что означает, что Казахстан занимает среднюю позицию в Содружестве Независимых Государств (СНГ), отсортированную по этому параметру [44]. Относительное количество пожилых людей в Казахстане увеличивается, хотя этот процесс довольно медленный и нестабильный в возрастных группах > 60 и > 65 лет, а относительное количество людей в возрасте 80 лет и старше является постоянным, составляя около 1% общей численности населения за последние 35 лет; это значение не превысит 2,5% к середине века (рис. 3) [45].

Как и в других странах СНГ, Казахстан в значительной степени продвинулся в очередной переходный период, который является эпидемиологическим переходом [46]. Основными параметрами эпидемиологического перехода являются увеличение ожидаемой продолжительности жизни, сопровождаемое снижением показателей смертности и инвалидности от инфекционных заболеваний, а также материнской и перинатальной смертности и относительное увеличение неинфекционной хронической заболеваемости среди причин смерти. Помимо демографического перехода, эпидемиологический переход имеет свои особенности

во всех странах СНГ. Заболеваемость инфекционными заболеваниями в этих странах значительно снизилась в последние годы, но смертность от инфекционных заболеваний резко возросла и превысила те же значения как в странах с низким, так и с высоким уровнем дохода [47]. Уровень смертности от инфекционных заболеваний в Казахстане является самым высоким среди стран СНГ. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2012 году, он был вторым по величине после Туркменистана и в 1,4 раза выше, чем в группах стран со средним уровнем дохода, где этот групповой показатель был самым высоким (рис. 4) [48].

Как отмечалось выше, другой типичной особенностью эпидемиологического перехода в Казахстане является высокая смертность в более молодых возрастных группах, особенно среди мужского населения. Хотя уровень смертности в возрастной группе 15–50 лет в Казахстане постепенно снижался в течение последнего десятилетия, в 2010–2015 годах он все еще был в 3,8 раза выше, чем в Западной Европе, при этом уровень смертности среди мужского населения в том же возрасте в четыре раза выше, чем в Западной Европе [49]. Общая ожидаемая продолжительность жизни (как для мужчин, так и для женщин) в Казахстане в 2010–2015 годах составила 69 лет, что на 12 лет ниже, чем в Западной Европе. Ожидаемая продолжительность жизни мужского населения за тот же период составила 64 года, что на 15 лет ниже, чем в Западной Европе. Ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности среди мужского населения Казахстана в 2018 году составила 56,5 года, что почти на 10 лет ниже, чем среди мужского населения Европейского Союза (ЕС). Ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности для женского населения Казахстана в том же году составила 67 лет, что на 6 лет ниже, чем для женского населения ЕС [50]. В связи с этим в Казахстане с 2011 по 2013 годы была запущена научно-техническая программа «Разработка модели (программы) антистарения в обеспечении активного долголетия лиц пожилого возраста Казахстана», при финансовой поддержке Министерства здравоохранения

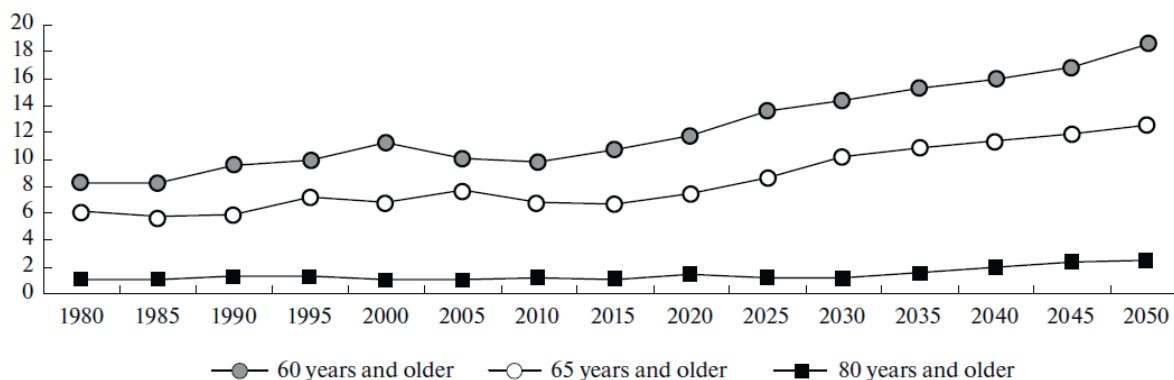


Рисунок 3. Динамика численности пожилого населения в Казахстане, 1980–2015 гг.

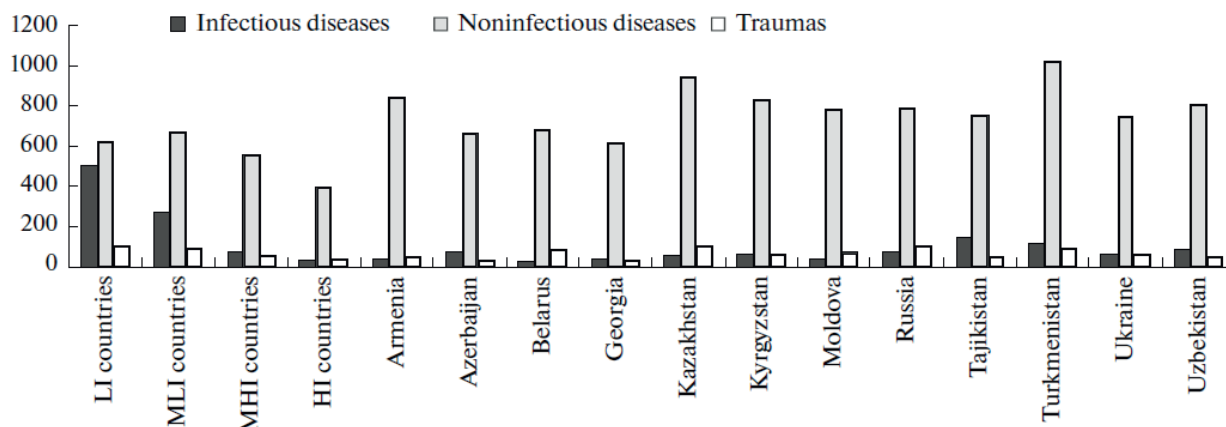


Рисунок 4. Скорректированный по возрасту коэффициент смертности от различных причин (на 100000 человек на душу населения), 2012 год. Примечание: LI (low income), страны с низким уровнем дохода; MLI (middle low income), страны со средним уровнем дохода; MHI (middle-high-income), страны со средним уровнем дохода; HI (high income), страны с высоким уровнем дохода (World Health Statistics 2015, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/).

Республики Казахстан, которая ставила своей целью продление уровня активного долголетия путем совершенствования технологий геронтологической и гериатрической помощи населению РК.

Долгосрочная помощь является наиболее дорогой и наиболее психологически сложной; потребность в такой помощи возникает при снижении физического или психологического состояния здоровья. Хотя старение не эквивалентно физической инвалидности, последняя может возникать в пожилом возрасте из-за различных хронических заболеваний, которые приводят к ограниченной жизнедеятельности и инвалидности. Согласно прогнозу ООН, число людей в возрасте 80 лет и старше утроится в период с 2015 по 2050 год [45]. Такого резкого увеличения численности населения старшего возраста к середине этого столетия в Казахстане не ожидается, а это в пять раз больше, чем в странах Западной Европы [43]. Среднее количество людей в возрасте 60 лет и старше, которые нуждаются в полной ежедневной медицинской и бытовой помощи в Казахстане, составляет 4,77%; для людей в возрасте 80 лет и старше это значение составляет 29,3%. Кроме того, 62,3% людей в возрасте 80 лет и старше нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи. Более 82% получают лекарственную терапию и нуждаются в регулярной коррекции дозы и контроле [44]. Долгосрочная помощь в Казахстане, как и в большинстве стран Центральной Азии, обычно предоставляется членами семьи, что объясняется как сложившимися традициями, так и отсутствием других видов помощи. В то же время в Казахстане наблюдается тенденция наряду с политическим, экономическим, демографическим и эпидемиологическим переходами: расширенная многопоколенная семья превращается в нуклеарную семью, состоящую из двух поколений, то есть родителей и детей [53]. Одной из демографических особенностей нуклеарной семьи является отдельное домашнее хозяйство, включая разделение пожилых

родственников. Относительное количество мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше, которые жили отдельно в Казахстане в 2013 году, составило 51 и 43% соответственно [50].

Семья, социальная поддержка и пожилые.

Семьи являются краеугольным камнем всех человеческих обществ, которые были обнаружены в каждой человеческой культуре. Семья как социальный институт нам наиболее близка, и ее влияние можно почувствовать в повседневной жизни [54]. Это место, где человек находит и ожидает наибольшего поощрения, комфорта, безопасности и помощи, если это необходимо. Пожилые люди больше всего довольны семейной жизнью, особенно своими детьми [55]. Исследования во многих культурных условиях показывают, что пожилые люди предпочитают жить в своих собственных домах и общинах [56].

Китайское исследование показало, что процент самооценки здоровья (СЗ) как «хорошего» составляет 82,58%, а процент мероприятий повседневной жизни (МПЖ) как «без нарушений» составляет 71,31%. Тем не менее, процент экзаменов по *Mini-Mental State Examination* (MMSE) как «не нарушенных» составляет всего 37,53%, что указывает на то, что психическое здоровье пожилых китайцев является важной проблемой. По переменным СЭС в детстве 86,03% респондентов родились в сельской местности. Кроме того, 86,03% отцов респондентов заняты на низком уровне занятости, а 84,51% отцов респондентов не смогли получить образование. Что касается переменных социально-экономического статуса (СЭС) во взрослой стадии, 58,3% респондентов не получали образование. 68,8% респондентов занимаются низкоуровневыми профессиями до 60 лет, а 79,69% респондентов имеют адекватные источники дохода [57]. Женщины имели значительно более низкий уровень здоровья, чем мужчины [57]. Шансы на СЗ как «хорошие» MMSE как «без нарушений» и МПЖ как «без нарушений» составляют 28,6%, 38,4%

и 16,4% ниже для женщин, чем для мужчин соответственно [57]. Хотя СЗ и MMSE меньшинств относительно ниже, чем у ханьской национальности, шансы МПЖ как «не поврежденных» в 1,762 раза выше, чем у ханьской национальности. Лучшие MMSE и МПЖ достигаются в последующих когортах при рождении [57]. Необразованные респонденты менее здоровы, чем образованные респонденты в старости. Шансы на MMSE как «без нарушений» у необразованных респондентов снижены на 46,5% [57]. Респонденты, которые занимались высокоуровневыми профессиями до 60 лет, показали лучший уровень СЗ, более высокий уровень MMSE и более низкие МПЖ, чем те, кто занимался низкоуровневыми профессиями. Этот вывод можно объяснить двумя аспектами. Одним из аспектов является теория «естественного отбора». Респонденты, которые занимались низкоуровневыми профессиями и выжили в условиях нищеты, изначально обладали лучшим здоровьем. Другой аспект заключается в том, что суждения, основанные на их низком уровне MMSE, могут быть неточными. Доход в пожилом возрасте получается из накоплений СЭС в зрелом возрасте.

Участники, которые жили с партнером, и те, кто связывался с потомством ежедневно или почти раз в месяц, имели значительно более высокие общие показатели благополучия по сравнению с теми, кто жил без партнера (1,90 против 1,69, $p = 0,007$), и теми, кто сообщил менее частый или отсутствующий контакт родитель-ребенок (1,80 против 1,40, $p = 0,028$), соответственно [58]. Социальная вовлеченность также была в значительной степени связана с благосостоянием, при этом активные участники любого вида социальной или производственной деятельности демонстрировали значительно более высокий средний показатель благосостояния, чем их социально отстраненные коллеги (1,93 против 1,70, $p = 0,001$) [58]. Напротив, те, кто демонстрировал частые социальные обмены, имели более низкий средний показатель благосостояния, чем участники, которым не хватало социальной поддержки (1,66 против 1,85, $p = 0,007$) [58]. Социально изолированные участники, измеряемые кластеризацией 4+ показателей, имели самый низкий средний показатель благосостояния по сравнению с менее изолированными людьми, но эта связь была слабой. Вспомогательный анализ связи между результатами индивидуального благополучия и социальными показателями показал, что доля участников с низким показателем депрессии (69,2%) ($p < 0,001$) сообщила об очень хорошем здоровье (9,9%) ($p < 0,001$), удовлетворенности жизнью (33,2%) ($p = 0,012$) и менее двух хронических состояний (46,1%) и имевший нормальный ИМТ (35,2%) ($p < 0,001$) был значительно выше среди тех, кто жил с партнером, чем тех, кто жил без партнера или супруга [58]. Кроме того, более высокая доля участников, которые были социально активными, по сравнению с теми, кто не был, имели низкий балл депрессии ($p < 0,001$), очень

хорошее здоровье ($p < 0,001$), удовлетворенность жизнью ($p < 0,001$) и менее двух хронических состояний ($p = 0,001$) [58]. Наконец, значительно более высокая доля участников, которые нечасто или почти никогда не участвовали в поддерживающих обменах (59,8%), по сравнению с теми, кто сообщил о предоставлении и / или получении какой-либо социальной поддержки не реже одного раза в месяц в течение прошлого года (52,5%), не сообщил о наличии психологических расстройств. Большая часть участников, которые имели частые обмены социальной поддержки, по сравнению с теми, кто редко или вообще не предоставлял или не получал поддержку, сообщили, что они очень довольны своей жизнью и имеют менее двух хронических заболеваний (29,7% против 24,1%, $p = 0,002$ и 44,6% против 38,7%, $p < 0,001$, соответственно) [58]. Пол, возраст, уровень образования, пенсионный статус и европейский регион были независимыми предикторами кластеризации благосостояния в обеих моделях регрессии, при этом участники женского пола, более высокого возраста, вышедшие на пенсию и проживающие в Центральной и Южной Европе с меньшей вероятностью демонстрируют множественные показатели благополучия по сравнению с мужчинами, респондентами младшего возраста, не вышедшими на пенсию и северными европейцами соответственно [58]. Взрослые с большим количеством лет обучения имели более высокие шансы представления показателей благополучия 4+ как в первой (1,79; 95% CI: 1,18-2,72), так и во второй (1,74; 95% CI: 1,15-2,64) моделях [58]. В частности, Швейцария и Дания продемонстрировали наибольшую долю социально изолированных лиц, которые оценили свое здоровье как очень хорошее, отметили, что они очень довольны своей жизнью, и у них низкий показатель депрессии.

Наибольшая распространенность респондентов, регистрирующих высокое качество жизни, наблюдалась среди швейцарских социально изолированных участников, тогда как наличие менее двух хронических состояний и нормального индекса массы тела (ИМТ) было более распространенным в Швейцарии и Швеции, соответственно. Среднее отношение благосостояния к показателям социальной изоляции (соотношение WB:SI) было выше в Швейцарии (1,19) и Дании (1,11). Участники южных стран, таких как Италия (0,77) и Испания (0,78), напротив, показали самые низкие отношения, свидетельствующие о том, что социальная изоляция была более распространенной, чем благосостояние [58]. Исключение составляла Греция, где соответствующее соотношение WB:SI составляло 0,97, что указывает на почти равное число показателей благосостояния и социальной изоляции в греческом пожилом населении. То, что социальная поддержка была негативно связана с благосостоянием, контрастирует с более ранними исследованиями, подтверждающими положительное влияние социальной поддержки на некоторые резуль-

таты в отношении здоровья и благополучия пожилых людей [59, 60]. Тем не менее, это может также вызвать стрессовые эмоции у пожилых людей со связанными со здоровьем потребностями в социальной поддержке [61]. Поэтому отрицательная связь, наблюдаемая в текущем исследовании, может быть обусловлена масштабом обмена, в частности, оцениваются конкретные виды социальной поддержки, которые также могут быть связаны с состоянием здоровья участников. Другое исследование [62] также показало, что получение инструментальной поддержки было связано с большей вероятностью проявления плохой самооценки здоровья. Возможно, что в процессе социального обмена может отсутствовать взаимность в ситуации, когда из-за состояния здоровья пожилые люди получают помощь и поддержку, но не могут ее компенсировать [63]. Впоследствии, такого рода безответный социальный обмен, поскольку он негативно оценивается пожилыми людьми, может отражать чувство зависимости и некомпетентности [64] и, таким образом, вызывать психологический стресс [65].

Значительные различия наблюдались в распределении показателей социальной изоляции и их кластеризации по странам. Несмотря на различия в страневотношении отдельных показателей социальной изоляции, таких как частота контактов, с детьми и близость к детям, участие в деятельности и социальные обмены, на региональном уровне наблюдалась относительная согласованность. Например, меньшее количество жителей в южной Европе, по сравнению с их центральными и северными коллегами, сообщали о том, что связывались с их потомками менее одного раза в месяц или никогда. Этот вывод согласуется с более ранними исследованиями, показывающими, что частые контакты между родителями и детьми гораздо реже встречаются среди северных европейцев по сравнению с их южными сверстниками [66]. Это может быть связано с более сильным семейным контекстом, который, по-видимому, преобладает в странах юга Европы, где ближайшие пожилые поколенческие связи преобладают и высоко ценятся пожилыми людьми [67]. Взрослые дети в южных обществах подвержены сильным культурным ожиданиям в отношении поддержания тесных жизненных связей и взаимодействия со своими родителями [68]. Текущее исследование также показало значительно меньшую близость к потомству в странах Северной Европы, чем в Испании, Италии и Греции, что согласуется с более ранними данными о том, что пожилые люди с большей вероятностью проживают вместе со своими взрослыми детьми на юге, чем в северной Европе [69]. Отсутствие обмена социальной поддержкой среди европейских пожилых родителей и их детей было относительно высоким; это реже всего наблюдалось в Бельгии, Дании и Нидерландах, тогда как, в частности, Испания, Италия и Греция занимали одно из самых высоких мест. Это противоречит предыдущему исследованию, в котором предполагалось, что условия

жизни пожилых людей определяют их поддерживающий обмен между поколениями [70], подразумевая, что передача поддержки и ухода среди пожилых родителей и их потомков наиболее вероятна в южной Европе, где сожителство является более распространенным явлением. Кроме того, северные европейцы были менее склонны быть социально и продуктивно неактивными, чем участники в южной Европе, за исключением Греции. Аналогичные выводы были сделаны в предыдущих исследованиях, которые показали, что уровень участия в широком спектре социальной и производственной деятельности, как правило, значительно выше в Северной Европе [71]. Межнациональные различия наблюдались в соотношении благосостояния и социальной изоляции, оцененном в каждой европейской стране, при этом самые высокие показатели были обнаружены в Швейцарии и Дании и самые низкие – в Испании и Италии. Этот вывод свидетельствует о том, что наличие положительных результатов благосостояния более выражено в Швейцарии и Дании по сравнению с преобладанием показателей социальной изоляции. Противоположное положение наблюдалось в Испании и Италии, где показатели социальной изоляции были более распространенными, чем положительные результаты благосостояния. Аналогичные результаты были получены в отношении накопления результатов в отношении благополучия, при этом вероятность достижения высокого уровня благосостояния значительно выше в северных, чем в южно-европейских странах. Это еще более усиливает последовательно отображаемый градиент между севером и югом в области здравоохранения и благосостояния [72], который, как считается, зависит от различий в распределении социально-экономических ресурсов и ресурсов здравоохранения как внутри, так и между европейскими странами [73].

Выборка состояла из 294 пожилых людей, 151 (51,4%) женщин. Средний возраст в выборке составил $72,22 \pm 6,13$ года. Было обнаружено, что среднее возрастное распределение обоих полов было 65,6% в возрасте от 65 до 74 лет, а затем 30,3% из них в возрасте от 75 до 84 лет и 4,1% были старше 85 лет [74]. Большинство участников выборки состояли в браке или жили с партнером (70,7%), 3,4% были одинокими, 3,7% были разлучены или разведены, а 22,1% овдовели. Что касается уровня образования, большинство сообщили, что они закончили 4-й класс, в общей сложности 153 (52,0%), 70 женщин (46,4%) и 83 мужчины (58,0%). Что касается статуса занятости, то большинство из них сообщили о выходе на пенсию (91,5%), при этом та же доля указала, что они занимаются индивидуальной трудовой деятельностью или работают на других [75]. Что касается семейной функциональности, 18,7% выборки считают свою семью высоко функциональной, 26,9% – умеренно дисфункциональной и 54,4% – тяжелой дисфункцией [75]. Согласно полу, 53,1% мужчин в выборке классифицируют свою семейную функциональность как

тяжелую дисфункцию, 24,5% – легкую дисфункцию и 22,4% – высоко функциональную [75]. Что касается женщин, 55,6% классифицируют свою семейную функциональность как сильно дисфункциональную, 29,1% – умеренно дисфункциональную и 15,2% – высоко функциональную. С помощью логистического анализа было обнаружено, что между переменными отсутствует статистически значимая связь (хи-квадрат = 2,682, $df = 2$, $p = 0,262$) [75]. Что касается восприятия семейной функциональности и возраста, то в возрастной группе 65-74 года 55,4% выборки классифицируют свою семейную функциональность как высоко функциональную, 28,5% – как слегка дисфункциональную и 16,1% – как тяжелую дисфункцию. В возрастной группе от 75 до 84 лет большинство классифицирует семейную функциональность как высоко функциональную (55,1%), 23,6% – тяжелую дисфункцию и 21,3% – легкую дисфункцию [75]. Среди пациентов пожилого возраста старше 85 лет большинство из них классифицировали функциональность своей семьи как слегка дисфункциональную (41,7%), 33,3% – как высоко функциональную, а 25,0% – как тяжелую дисфункцию. Также было отмечено, что между переменными отсутствует статистически значимая связь ($p = 0,257$) [75]. У большинства пожилых людей в выборке было, по крайней мере, одно хроническое заболевание (95,2%). Не обнаружено статистически значимых различий по полу ($p = 0,08$) и возрасту ($p = 0,68$). Наиболее распространенные хронические заболевания были сердечно-сосудистые заболевания (77,9%), опорно-двигательного аппарата (38,8%), эндокринные и метаболические заболевания (28,9%), респираторные заболевания (13,6%), заболевания мочеполовой системы (13,3%); заболевания органов пищеварения (11,6%), психические расстройства (10,9%); онкологические заболевания (4,4%), гематологические заболевания (4,1%) и неврологические заболевания - только 1,0%. Существует статистически значимая связь между семейным APGAR и наличием хронического заболевания ($p < 0,001$). Пожилые люди с хроническими заболеваниями классифицировали свою семейную функцию как тяжелую дисфункцию (98,1%) [75]. Не было обнаружено статистической значимости между APGAR семьи и полом ($p = 0,26$), возрастом ($p = 0,26$), семейным положением ($p = 0,32$) и уровнем образования ($p = 0,28$) [75].

Другое исследование показало, что в отношении уровней социальной поддержки супруги, дети и друзья иерархически следовали в порядке убывания в плане частоты контактов, оказывали поддержку и получали поддержку среди женатых пожилых людей; точно так же, когда супруга больше не было, поддержка со стороны детей была выше, чем у друзей [76]. От супруга (супруги), детей до поддержки друга размеры коэффициентов корреляции следовали в порядке убывания положительного аффекта и в порядке возрастания отрицательного аффекта. Опять же, эта

тенденция была воспроизведена среди вдов / разведенных пожилых людей. Все результаты корреляции достигли статистической значимости. Две модели множественной регрессии были выполнены для изучения влияния социальной поддержки на различные аспекты эмоционального благополучия (АЭБ). После определения уровней поддержки супругов, детей и друзей в модели 1 результаты показали, что уровни поддержки супругов были единственным значимым предиктором отрицательных оценок аффекта, а уровни поддержки друзей были единственным значимым предиктором положительных оценок аффекта среди женатых пожилых людей. Взрослые: аналогичным образом, поддержка детей заменяет супружескую поддержку, чтобы стать единственным значимым предиктором отрицательного влияния на рейтинг среди вдов / разведенных пожилых людей. В модели 2 были добавлены демографические факторы, такие как возраст, пол и уровень образования, а также самооценка состояния здоровья и факторы жизненных событий; было обнаружено, что результаты по влиянию социальной поддержки на АЭБ не отличаются от результатов модели 1 [76]. В дополнение к результатам модели 1, модель 2 обнаружила, что факторы возраста, здоровья и события в жизни более или менее связаны с положительным и / или отрицательным уровнем воздействия, что соответствовало предыдущей литературе [77, 78]. Что касается возраста, результаты показали, что возраст старше 80 лет ассоциируется с меньшим положительным влиянием среди пожилых людей, состоящих в браке. Эта тенденция была также обнаружена среди овдовевших / разведенных пожилых людей, если они были старше (70–79 и 80+ лет). С точки зрения здоровья, связанного с самим собой, менее положительный эффект и более отрицательный эффект были связаны с ухудшением состояния здоровья («так себе» и / или «плохо или очень плохо») среди состоящих в браке пожилых людей [76]. Результаты среди овдовевших / разведенных пожилых людей были сходными по направлению, не достигая статистической значимости, возможно, из-за небольшого размера выборки в группе [76]. Наконец, что не менее важно, отрицательные жизненные события были связаны с более низкими оценками положительного воздействия для вдов / разведенных пожилых людей и более высокими оценками отрицательного воздействия, как для женатых, так и для овдовевших / разведенных пожилых людей на значительных уровнях. Наконец, множественные регрессии положительного и отрицательного влияния на каждый аспект социальной поддержки, а именно частоту контактов, полученную поддержку и оказанную поддержку, были проанализированы индивидуально, и результаты были согласованы, когда комбинированные баллы использовались для женатых и вдовых / разведенных пожилых людей с только одним исключением. То есть

связь с отрицательным влиянием была значимой только у друзей по сравнению с детьми вдовых / разведенных пожилых людей. Поскольку большинство взрослых детей проживают вместе со своими пожилыми родителями в Китае [79], в таких ситуациях взаимная поддержка, а не частота контактов может быть лучшим показателем реальной социальной поддержки детей. Действительно, ассоциации взаимной поддержки (полученной и оказанной поддержки) и негативного влияния отдают предпочтение детям, а не друзьям. В другом исследовании включили взаимную поддержку от детей, а также частоту контактов с друзьями в одну модель регрессии; опять же, результаты были в пользу детей (Бета = -.28, $p < 0,001$), а не друзей (Бета = -.16, $p = 0,059$) [76]. Результаты сначала продемонстрировали, что уровни социальной поддержки следовали иерархическому нисходящему порядку от супруга, детей до друзей, среди показателей частоты контакта, оказанной и полученной поддержки [76]. Когда супруга была недоступна, дети по-прежнему оказывали больше поддержки, чем друзья. Эти результаты согласуются с моделью конвоя [80]. Другими словами, более близкие и более стабильные круги (то есть супруг, за которым следуют дети) по сравнению с менее близкими и стабильными кругами (то есть друзья / соседи / коллеги) чаще контактировали и поддерживали друг друга [76]. Результаты показали, что поддержка семьи играет важную роль в сдерживании негативного аффекта, и поддержка супруга была заменена поддержкой детей, когда пожилые люди перестали вступать в супружеские отношения [76]. Это также означало критический вклад поддержки семьи в смягчение негативных АЭБ сверх поддержки друзей. Результаты соответствовали прошлым исследованиям связи между поддержкой семьи и отрицательным воздействием [81-86], даже после учета поддержки друзей [87]. Причины относительно более важной роли поддержки семьи в отрицательном воздействии могут быть устранены с помощью иерархической компенсационной модели [88, 89]. Связанные нормами близости и родства, семья, как правило, ближе и стабильнее по сравнению с друзьями [90]. Более высокие уровни поддержки семьи могут рассматриваться как связанные с получением более инструментальной [91, 92] и эмоциональной поддержки [81-86], которая служила буфером для негативных жизненных событий и аффективных переживаний; низкий уровень поддержки семьи (т. е. менее частые контакты и взаимодействия) обеспечивает меньший буфер для негативных жизненных событий и может дополнительно подразумевать случаи семейных конфликтов, возможно, по таким причинам, что эти пожилые люди впоследствии сообщали о более высоких уровнях негативного аффекта. С культурной точки зрения семья рассматривалась как основа поддержки пожилых китайцев, как и другие культуры [68, 74, 87]. Обычно считается, что семья обязана заботиться о пожилых людях, когда это необходимо; в то время как негативный опыт часто не

обсуждался с друзьями, так как никто не хотел бы обременять других [71, 77]. Эта точка зрения была подкреплена вышеупомянутым продольным исследованием того, что пожилые китайцы с более выраженными депрессивными симптомами позже получали большую поддержку от членов семьи, но меньше от друзей [69]. С другой стороны, согласно сыновней обязанности, дети также играли более важную роль в поддержке пожилых людей по сравнению с друзьями в Китае по сравнению с Америкой [77]. В частности, в тех случаях, когда поддержка со стороны супруга была недоступна, дети часто обязаны выполнять замещающие роли путем совместного проживания с пожилыми людьми [93-95]. Совершенно неожиданно, хотя частота контактов или взаимная поддержка со стороны членов семьи были выше, чем у друзей, друзья играли более важную роль в позитивном влиянии, несовместимом с иерархическим компенсационным режимом [78, 79]. Результаты показали, что люди с большей поддержкой друзей сообщили о более высоких уровнях положительного эффекта, который повторял предыдущую литературу [96-100]. В соответствии с характеристиками взаимодействия с друзьями, друзья ориентируются на досуг и разговоры о взаимных интересах для усиления положительного эффекта [101-105], и вместе с обсуждениями о поддержке семьи в приведенном выше абзаце [71, 77, 106] назначаются друзья и члены семьи, разные роли для пожилых людей. Взятые вместе, различные ассоциации социальной поддержки и два АЭБ, возможно, были приписаны специфическим ролям социальных членов, предложенным моделью специфичности задачи [107]. Кроме того, вместо того чтобы определяться узлами родства и нормами [108], создание друзей обычно является вопросом личного выбора [99, 100, 109]. Выборочная социально-эмоциональная теория (ВСЭТ) далее предполагает, что, хотя пожилые люди постепенно отказываются от некоторых из своих социальных ролей [110], они могут активно выбирать, создавать и управлять своими социальными сетями, взаимодействуя с людьми, сходными по интересам, для достижения эмоционального удовлетворения. Таким образом, ВСЭТ может объяснить соответствующие более важные роли друзей с точки зрения положительного воздействия. ВСЭТ была поддержана несколькими эмпирическими исследованиями относительно поддержки друга. Например, пожилые люди, как правило, находят друзей, схожих по интересам [102-104], а их деятельность с друзьями была ориентирована на усиление положительного эффекта [105, 112]. Таким образом, поддержка друзей, являющаяся основным предиктором позитивного аффекта, поддерживала агентские роли пожилых людей в реализации эмоционального удовлетворения [110]. Более высокие уровни поддержки друзей могут указывать на успешный выбор и поддержание социальных сетей для получения положительного эффекта, в то время как более низкие уровни мо-

гут отражать менее успешные попытки [66]. Более того, такой эффект был обнаружен не только среди пожилых людей, которые жили без супруга, но и у тех, кто жил с супругом, что подтвердило, что друзья играют более важную роль, чем члены семьи, в положительном влиянии [66]. Наконец, хотя поддержка семьи в целом была связана с положительным влиянием (тем не менее, слабее, чем поддержка друзей), она не показала особого вклада в положительное влияние, когда рассматривалась поддержка друзей. Результаты были сопоставлены с приведенными выше рассуждениями о том, что источники социальной поддержки по-разному влияют на положительный эффект в свете модели специфики задачи [112] и ВСЭТ [100]. Кроме того, отмечается, что поддержка семьи особенно рассматривается как добровольная или ожидаемая в социокультурном контексте Китая [68], таким образом, большая поддержка семьи (как супруга, так и детей) не обязательно может восприниматься пожилыми людьми как имеющая отношение к усилению их положительного эффекта [66].

Обсуждение

Как было показано, быстрое старение населения является современным вызовом для системы здравоохранения во всем мире. Особенно сильно это заметно в развитых странах, где процессы урбанизации особенно быстры, где значительно выросло количество городского пожилого населения. Европа будет по-прежнему иметь самую старую популяцию в мире в XXI веке, и, согласно прогнозам, к 2030 году почти каждый четвертый европеец будет в возрасте 65 лет и старше. По прогнозам, в период с 2015 по 2030 год число людей в мире в возрасте 60 лет и старше вырастет на 56 процентов, с 901 млн. до 1,4 млрд., к 2050 году численность пожилых людей в мире, согласно прогнозам, увеличится более чем в два раза, достигнув почти 2,1 миллиарда. Ожидается, что в течение следующих 15 лет число пожилых людей будет расти самыми быстрыми темпами в Латинской Америке и Карибском бассейне, при этом прогнозируется рост численности населения в возрасте 60 лет и старше на 71 %, за которым последуют Азия (66 %), Африка (64 %). Океания (47%), Северная Америка (41%). Средний возраст населения Центральной Азии вырос с 29 лет в 1950 году до 37 лет в 2015 году, а доля населения старше 64 лет увеличилась с 5,8 процента до 11,8 процента.

Одной из основных проблем пожилых людей является одиночество, как физическое, так и эмоциональное. Существуют определенные шкалы для оценки одиночества, они представлены в виде объёмных (такие как шкала Center for Epidemiologic Studies Depression (CESD)), а также более упрощенных как UCLA и dJG. Семейная шкала APGAR была разработана Smilkstein, Ashworth, and Montano и направлена на оценку удовлетворенности пожилых людей с хроническими заболеваниями отношениями

внутри семьи.

Одиночество, испытываемое пожилыми людьми, усиливало их депрессивные симптомы. Депрессия и некоторые социально-демографические переменные были эффективны для одиночества, депрессия была наиболее значимым фактором риска возникновения одиночества у пожилых людей, и она также была связана с некоторыми другими демографическими переменными, включая безопасность, возраст, род занятий, употребление психоактивных веществ и уровень дохода, но эффект от них был меньше, чем у депрессии. Пожилые люди в депрессии, по видимому, испытывают недостаток интереса к повседневной деятельности, связанной с замедленной речью и движениями, а также с такими негативными чувствами, как инерция, потеря самооценки, слабость, потеря мотивации и пессимизм, и такие депрессивные симптомы как социальная изоляция.

Сильные и слабые стороны обзора. Сильной стороной этого обзорного обзора является то, что он является первым в своем роде обзором на русском языке, в котором исследуется весь диапазон одиночества для пожилого населения и описывается, как эти моменты влияют на здоровье данной уязвимой группы. В нем подчеркивается необходимость в соответствующей оценке для определения одиночества и описания характера одиночества и социальной изоляции. Хотя в этом обзоре использовалось несколько баз данных, при поиске в других базах данных, таких как Cochrane Library и PsychInfo, могли быть найдены другие соответствующие опубликованные материалы, относящиеся к целям данного обзора. Кроме того, обзор ограничивался публикациями на английском языке, возможно, это не дает возможности адаптации под местный менталитет и обычаи.

Выводы

Этот обзор ставил цель проведения сравнения, наличия социальной изоляции или одиночества у пожилых людей старше 60 лет на развития хронической заболеваемости. Глубокое понимание одиночества, позволит нам определить, какой тип помощи будет более эффективен, и мы сможем улучшить состояние и качество социальных контактов. Кроме того, мы включили исследования, проведенные за последние три десятилетия без каких-либо языковых или географических ограничений.

Наш обзор направлен на решение все более актуальной проблемы с точки зрения ее воздействия на здоровье пожилых людей и системы здравоохранения и социальной защиты во всем мире. Таким образом, этот обзор позволит лицам, определяющим политику, лучше понять, как бороться с социальной изоляцией и одиночеством, определив тип помощи, которая облегчает или предотвращает социальную изоляцию или одиночество и при каких обстоятельствах.

Список литературы:

- Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716–9.
- Gurven M, Kaplan H, Winking J, et al. Aging and inflammation in two epidemiological worlds. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(2):196–9.
- Brach JS, Studenski SA, Perera S, et al. Gait variability and the risk of incident mobility disability in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(9):983–8.
- Kuller LH. Dementia epidemiology research: it is time to modify the focus of research. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(12):1314–8.
- Metter EJ, Schragger M, Ferrucci L, et al. Evaluation of movement speed and reaction time as predictors of all-cause mortality in men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(7):840–6.
- Metter EJ, Talbot LA, Schragger M, et al. Skeletal muscle strength as a predictor of all-cause mortality in healthy men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57(10):B359–65.
- Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Personal relationships in disorder* London, 1981;31–56. ENG: Academic Press.
- Cacioppo JT, Hawkley LC, & Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year crosslagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, ageing and social relations study. *Psychology and Ageing*. 2010;25(2):453–463.
- Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, & Martinez-Martin P. Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*. 2011;23(1):177–194.
- Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: The influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009;64:95–104.
- Korporaal M, Marjolein I, van Groenou, B, van Tilburg TG. Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Ageing and Health*. 2008;20:306–325.
- Heylen L. The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing & Society*. 2010;30(7):1177–1196.
- De Jong Gierveld J, Havens B. Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2004;23(2):109–113.
- Lykes VA, Kemmelmeier M. What predicts loneliness? Cultural differences between individualistic and collectivistic societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2014;45(3):468–490.
- Victor C, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 2012;146(1–2): 85–104.
- Carstensen LL. Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Ageing*. 1992;7(3):331–338.
- Lockenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*. 2004;72(6):1395–1424.
- Cacioppo JT, Patrick W. *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: W.W. Norton. (2008).
- Theeke LA: Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23:387–396.
- Perissinotto CM, Stojacic Cencer I, Covinsky KE: Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 2012;172:1078–1084.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT: A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004;26:655–672.
- Wilson C, Moulton B: Loneliness among older adults: a national survey of adults 45+. Prepared by Knowledge Networks and Insight Policy Research. Washington, DC, AARP, 2010.
- Yang K, Victor C: Aging and loneliness in 25 European nations. *Ageing Soc*. 2011;31:1368–1388.
- Nicolaisen M, Thorsen K: Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *Int J Aging Hum Dev*. 2014;78:229–257.
- Yang K, Victor CR: The prevalence of and risk factors for loneliness among older adults in China. *Ageing Soc*. 2008;28:305–327.
- Stessman J, Rottenberg Y, Shimshilashvili I, Ein-Mor E, Jacobs JM: Loneliness, health, and longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69:744–750.
- Peplau LA, Perlman D: Perspectives on loneliness; in Peplau LA, Perlman D (eds): *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York, Wiley, 1982, pp 1–8.
- Hawkley LC, Cacioppo JT: Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40:218–227.
- Wethington E, Pillemer K: Social isolation among older adults; in Coplan RJ, Bowker J (eds): *Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. Malden, Wiley- Blackwell. 2014;242–259.
- Cornwell EY, Waite LJ: Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav*. 2009;50:31–48.
- Wenger GC, Davies S, Shahtahmasebi S, Scott A: Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing Soc*. 1996;16:333–358.
- Hawkley LC, Cacioppo JT: Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40:218–227.
- Pinquart M, Sørensen S: Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psychol*. 2001;23:245–266.
- Shiovitz-Ezra S, Ayalon L: Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Res Aging*. 2012;34:572–591.
- Russell DW: UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66:20–40.
- de Jong Gierveld J, Kamphuis F: The development of a Rasch-type loneliness scale. *Appl Psychol Meas*. 1985;9:289–299.
- Population Division. U.S. Census Bureau. The Census Bureau on prospects for US population growth in the Twenty-First Century. *Population and Development Review*. 2000;26(1):197–200.
- World Population Ageing 2015, United Nations, New York, 2015.
- Beard, John R, and David E. Bloom. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *The Lancet*. 2015;385:658–61.
- Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*, Washington: World Bank, 2015.
- Declaration of the 25th anniversary of Independence of Kazakhstan. <http://www.kazpravda.kz/news/politika/polnii-tekst-deklaratsii-25-letiya-nezavisimostikazahstana/>. Accessed March 10, 2017.
- Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*, Washington: World Bank, 2015.
- Kazakhstan Country Program Evaluation 2015, FY04-13, World Bank, 2015. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23824/Kazakhstan000-C0dependent0evaluation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed March 12, 2017.
- Akanov A, Tulebaev K, Eshmanova A, Chaikovskaya V, et al. Analysis of the state and prospective development of geriatric care for the population of Kazakhstan. *Usp. Gerontol*. 2014;27(3):589–596.
- World Population Prospects: The 2015 Revision, New York: United Nations, 2015. <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>. Accessed October 4, 2016.
- Omran AR, The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Quart*. 2005;83(4):731–757.
- Aliiev T, Poverty in Kazakhstan, *Mirovaya Ekon. Mezhdunar. Otnosheniya*. 2015;59(12):105–115.
- World Health Statistics 2015, Geneva: World Health Org., 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1. Accessed February 11, 2017.
- Botev N, Population ageing in Central and Eastern Europe and its demographic and social context, *Eur. J. Ageing*. 2012;9(1):69–79.
- Sidorenko AV, Eshmanova AK, Abikulova AK. *Aging of the Population in Kazakhstan: Problems and Opportunities*. 2017.
- World Population Ageing 2015, New York: United Nations, 2015.
- National Institute on Aging, National Institute of Health, U.S. De-

- partment of Health and Human Services. <https://www.nia.nih.gov/publication/why-population-aging-mattersglobal-perspective/trend-3-rising-numbers-oldest-old>. Accessed February 18, 2017.
53. Polozhenie sem'i v Kazakhstane: obzor situatsii i rezul'taty sotsiologicheskogo issledovaniya (Role of Family in Kazakhstan: A Review of the Situation and Results of Sociological Study), Almaty, 2008.
 54. Morgan, Leslie A & Kunkel, Suzanne R. *Aging Society and the Life Course*. Springer Publishing Company, Newyork, 2006.
 55. Laidmäe V, Tammsaar K, Tulva T, Kasepalu. Quality of Life of Elderly in Estonia. *The Internet Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2012;7(1): <http://ispub.com/IJGG/7/1/14023>
 56. World Health Organization. 2013. Ageing http://www.who.int/kobe_centre/ageing/en/ Read date 12.22.2013.
 57. Wang F, Zhen Q, Li K, Wen X (2018) Association of socioeconomic status and health-related behavior with elderly health in China. *PLoS ONE* 13(9): e0204237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204237>
 58. Vozikaki M, et al. Social isolation and well-being among older adults in Europe. *Archives of hellenic medicine*. 2018;35(4):506–519.
 59. Chen Y, Feeley TH. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *J Soc Pers Relat*. 2014;31:21.
 60. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross sectional study. *BMC Geriatr*. 2012;12:27.
 61. Newsom JT. Another side to caregiving: Negative reactions to being helped. *Curr Dir Psychol Sci*. 1999;8:183–187.
 62. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol*. 2001;30:1090–1099.
 63. Su YP, Ferraro KF. Social relations and health assessments among older people: Do the effects of integration and social contributions vary cross-culturally? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997;52B:S27–S36.
 64. Rohr MK, Lang FR. Aging well together – a mini-review. *Gerontology*. 2009;55:333–343.
 65. Newsom JT, Mahan TL, Rook KS, Krause N. Stable negative social exchanges and health. *Health Psychol*. 2008;27:78–86.
 66. Tomassini C, Glaser K, Wolf DA, Broese Van Groenou MI, Grundy E. Living arrangements among older people: An overview of trends in Europe and the USA. *Popul Trends*. 2004;115:24–34.
 67. Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. 2009;6:91–100.
 68. Tosi M. Leaving-home transition and later parent-child relationships: Proximity and contact in Italy. *Eur Soc*. 2017;19:69–90.
 69. Iacovou M. Regional differences in the transition to adulthood. *Ann Am Acad*. 2002;580:40–69.
 70. Jappens M, Van Bavel J. Regional family norms and child care by grandparents in Europe. *Demogr Res*. 2012;27:85–120.
 71. Newton K, Giebler H. Patterns of participation: Political and social participation in 22 nations. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)*, discussion paper no SP IV 2008–201. Berlin. 2008. Available at: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/iv08-201.pdf>
 72. Mackenbach JP. Cultural values and population health: A quantitative analysis of variations in cultural values, health behaviours and health outcomes among 42 European countries. *Health Place*. 2014;28:116–132.
 73. Aijanseppä S, Notkola IL, Tjihuis M, Van Staveren W, Kromhout D, Nissinen A. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: The HALE project. *J Epidemiol Commun Health*. 2005;59:413–419.
 74. Balula C, et al. Assessment of Family Functionality Among the Elderly With Chronic Illness. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2013;2(2): doi:10.5964/ejcop.v2i2.31.
 75. Li H, Ji Y, Chen T (2014) The Roles of Different Sources of Social Support on Emotional Well-Being among Chinese Elderly. *PLoS ONE* 9(3): e90051. doi:10.1371/journal.pone.0090051
 76. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med*. 1997;27:323–332. doi: 10.1017/S0033291796004485
 77. Chou RJ. Filial piety by contract? The emergence, implementation, and implications of the “Family Support Agreement” in China. *Gerontologist*. 2011;51:3–16. doi: 10.1093/geront/gnq059
 78. Zeng Y, Wang Z. Dynamics of family and elderly living arrangements in China: New lessons learned from the 2000 census. *China Rev*. 2003;3:95–119.
 79. Antonucci TC. Hierarchical mapping technique. *Generations: J Am Soc Aging*. 1986;10:12–14.
 80. Chou K, Chi I. Reciprocal relationship between social support and depressive symptoms among Chinese elderly. *Aging Ment Health*. 2003;7:224–231. doi: 10.1080/136031000101210
 81. Duck SW. *Friend for life: The psychology of close relationships*. Saddle River, NJ: Prentice Hall. 1991.
 82. Lowenthal MF, Robinson B. Social networks and isolation. In: Bin-stock R, Shanas E, editors. *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand. 1976;432–456.
 83. Lu L. Social Support, Reciprocity, and Weil-Being. *J Soc Psychol*. 1997;137:618–628.
 84. Poulin J, Deng R, Ingersoll TS, Witt H, Swaln M. Perceived family and friend support and the psychological well-being of American and Chinese elderly persons. *J Cross Cultur Gerontol*. 2012;27:305–317. doi: 10.1007/s10823-012-9177-y.
 85. Chi I, Chou K. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev*. 2001;52:231–252. doi: 10.2190/V5K8-CNMG-G2UP-37Q
 86. Cantor MH. Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Res Aging*. 1979;1:434–463. doi: 10.1177/016402757914002
 87. Cantor MH. Family and community: Changing roles in an aging society. *Gerontologist*. 1991;31: 337–346. doi: 10.1093/geront/31.3.337
 88. Antonucci TC. Hierarchical mapping technique. *Generations: J Am Soc Aging*. 1986;10:12–14.
 89. Moen P, Wethington E. The concept of family adaptive strategies. *Annu Rev Sociol*. 1992;18:233–251.
 90. Cantor MH. Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Res Aging*. 1979;1:434–463.
 91. Wang J, Chen T, Han B (in press). Does co-residence with adult children associate with better psychological well-being among the oldest old in China? *Aging Ment Health*. doi: 10.1080/13607863.2013.837143.
 92. Cheng ST, Chan AC. Filial piety and psychological well-being in well older Chinese. *J Gerontol*. 2006;61B:262–269.
 93. Zeng Y, Wang Z. Dynamics of family and elderly living arrangements in China: New lessons learned from the 2000 census. *China Rev*. 2003;3:95–119.
 94. Larson R, Mannell R, Zuzanek J. Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychol Aging*. 1986;1:117–126. doi: 10.1037/0882-7974.1.2.117
 95. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychol Aging*. 2000;15:187–224. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187
 96. Litwin H. Social network type and morale in old age. *Gerontologist*. 2001;41:516–524. doi: 10.1093/geront/41.4.516
 97. Wood V, Robertson J. Friendship and kinship interaction: Differential effect on the morale of the elderly. *J Marriage Fam*. 1978;40:367–375.
 98. Lee G, Ishii-Kuntz M. Social interaction, loneliness, and emotional wellbeing among the elderly. *Res Aging*. 1987;9:459–482. doi: 10.1177/01640275787094001
 99. Blau ZS. *Old age in a changing society*. New York: New Viewpoints. 1973.
 100. Brown BB. A life-span approach to friendship: Age-related dimensions of an ageless relationship. In: Lopata H, Maines D, editors. *Research on the interweave of social roles*. Greenwich, CT: JAI Press. 1981;2:23–50.
 101. Riley M, Foner A. *Aging and society: An inventory of research findings*. New York: Russell Sage. 1968.
 102. Usui WM. Homogeneity of friendship networks of elderly blacks and whites. *J Gerontol*. 1984;39:350–356. doi: 10.1093/geronj/39.3.350
 103. Hochschild A. *The unexpected community: Portrait of an old age subculture*. Berkeley: University of California Press. 1973.
 104. Chen F, Short SE. Household context and subjective well-being among the oldest old in China. *J Fam Issues*. 2008;29:1379–1403.

-
- doi: 10.1177/ 0192513X07313602
105. Litwak E, Szelenyi I. Primary group structures and their functions: Kin, neighbors, and friends. *Am Sociol Rev.* 1969;34:465–481.
106. Blau ZS. *Old age in a changing society.* New York: New Viewpoints. 1973.
107. Crohan SE, Antonucci TC. Friends as a source of social support in old age. In: Adams RG, Blieszner R, editors. *Older adult friendship: Structure and process.* Newbury Park, CA: Sage. 1987.
108. Carstensen LL. Age-related changes in social activity. In: Carstensen LL, Edelstein BA, editors. *Handbook of clinical gerontology.* Elmsford, NY: Pergamon Press. 1987;222–237.
109. Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol.* 1999;54:165–181. doi: 10.1037/ 0003-066X.54.3.165
110. Hess B. Friendship. In: Riley M, Johnson M, Foner A, editors. *Aging and Society. Vol 3: A sociology of age stratification.* New York: Russell Sage. 1972;357– 393.
111. Lemieux R, Lajoie S, Trainor NE. Affinity-seeking, social loneliness, and social avoidance among Facebook users. *Psychol Rep.* 2013;112(2):545–52.
112. Ye Y, Lin L. Examining relations between locus of control, loneliness, subjective well-being, and preference for online social interaction. *Psychol Rep.* 2015;116(1):164–75.