



Взаимосвязь качества жизни и религиозной идентичности пожилых людей

Г.Р. Хайрльварина ^{1а}, Э.Ш. Шаяхметова ^{1, 2б},
Л.М. Матвеева ^{1с}, Р.Р. Самигуллин ^{1д}, Г.В. Митина ^{1е}

¹ Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы,
Уфа, Российская Федерация;

² Южно-Уральский государственный университет (Национальный исследовательский
университет), г. Челябинск, Российская Федерация

^а ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1144-1659>, e-mail: gulbika2009@yandex.ru

^б ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5924-7460>, e-mail: shaga.elv@yandex.ru

^с ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1523-2827>, e-mail: matveeva157@mail.ru

^д ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6594-8677>, e-mail: samigullin24@mail.ru

^е ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2050-7039>, e-mail: mgv79@mail.ru

Резюме: в статье представлен анализ взаимосвязи между различными компонентами идентификации с религиозной группой респондентов-мусульман и показателями качества жизни пожилых людей. Выборка была представлена тремя возрастными группами по классификации ВОЗ: 55 – 64 года, 65 – 74 года, 75 лет и старше. В исследовании приняли участие 180 пожилых людей (мусульмане – 80, атеисты – 100). В качестве методологического инструментария были использованы методика измерения групповой идентификации (К. Лич) и опросник SF-36. По результатам работы было выявлено, что религиозная деятельность респондентов-мусульман обеспечивает чувство благополучия, компенсирует недостаточную удовлетворенность некоторых сторон бытия, позволяет справиться с текущими проблемами.

Ключевые слова: качество жизни, пожилые люди, религиозная идентичность, мусульмане, атеисты

Для цитирования: Хайрльварина Г.Р., Шаяхметова Э.Ш., Матвеева Л.М., Самигуллин Р.Р., Митина Г.В. Взаимосвязь качества жизни и религиозной идентичности пожилых людей. *Minbar. Islamic Studies*. 2019; 12(3):835-849. DOI: 10.31162/2618-9569-2019-12-3-835-849



Контент доступен под лицензией Creative Commons

Attribution 4.0 License.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution
4.0 License.



The relationship between the quality of life and religious identity of elderly people

G.L. Khayerlvarina ^{1a}, **E.Sh. Shayakhmetova** ^{1, 2b},
L.M. Matveeva ^{1c}, **R.R. Samigullin** ^{1d}, **G.V. Mitina** ^{1e}

1 Bashkir state pedagogical University. M. Akmulla, Ufa, Российская Федерация

2 South Ural state University (national research University), Chelyabinsk, Russian Federation

a ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1144-1659>, e-mail: gulbika2009@yandex.ru

b ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5924-7460>, e-mail: shaga.elv@yandex.ru

c ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1523-2827>, e-mail: matveeva157@mail.ru

d ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6594-8677>, e-mail: samigullin24@mail.ru

e ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2050-7039>, e-mail: mgv79@mail.ru

Abstract: The article analyses of the relationship between the various components of identification within the religious group of Muslim respondents and the quality of life of older people. The sample was presented by three age groups according to the classification of the World Health Organization: 55-64 years, 65-74 years, 75 years and older. The study involved 180 elderly people (80 Muslims and 100 atheists). The methodology of measurement of in-group identification (K. Leach) and the SF-36 questionnaire were used as methodological tools. According to the results of the work, it was revealed that the religious activities of Muslim respondents provide them with a sense of well-being, compensate for the insufficient satisfaction of some aspects of life, and help them cope with current problems.

Keywords: quality of life, elderly people, religious identity, Muslims, atheists

For citation: Khayerlvarina G.L., Shayakhmetova E.Sh., Matveeva L.M., Samigullin R.R., Mitina G.V. *Minbar. Islamic Studies*. 2019;12 (3):835-849. (In Russ.) DOI: 10.31162/2618-9569-2019-12-3-835-849

Введение

Качество жизни является многоаспектным явлением и отражает «... субъективное восприятие степени своей физической и личностной сохранности, полноценности социальных возможностей, в основе которого лежат цели, ожидания, стандарты» [1].

Росту интереса к качеству жизни пожилых людей способствует множество факторов: увядающее здоровье, плохое материальное обеспечение, малая включенность лиц пожилого возраста в социальную жизнь, и, вместе с тем, наметившееся в последнее время появление и увеличение среди пожи-



лых людей лиц с высокими требованиями к медицинской помощи и высокими ожиданиями «хорошей жизни».

Качество жизни пожилых людей имеет свои особенности. По мнению А.И. Милехина, на качество жизни в пожилом возрасте влияют состояние психосоматического здоровья, субъективная оценка прожитых лет, внутренние убеждения и стандарты, социальная поддержка, возможность функционирования в изменяющихся жизненных условиях [2]. Известно, что качество жизни и субъективное благополучие лиц пожилого возраста могут оказывать существенное влияние на физическое здоровье и быть причиной возникновения психических и когнитивных расстройств [3]. Проблемой психологического благополучия и качества жизни пожилых людей занимались многие отечественные и зарубежные ученые. Так, А.А. Новик, Т.И. Ионова показали эффективность метода оценки качества жизни пожилых людей в медицинской практике [4]. К.И. Прощаев, С.Г. Горелик, А.И. Притчина, анализируя качество жизни пожилых людей хирургического профиля, пришли к выводу, что из восьми компонентов качества жизни пациенты выбирают компонент «общее здоровье». Поэтому, по их мнению, эффективность лечения в послеоперационном периоде можно оценивать по показателю качества жизни, связанного со здоровьем [5]. Ю.А. Зеликова к факторам, определяющим качество жизни и уровень субъективного благополучия пожилых людей, относит их материальную независимость, высокий уровень психосоматического здоровья, возможность самостоятельного принятия решений [6]. Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенкова определили зависимость качества жизни пожилого человека от «...умонастроения и жизненных установок самой личности, позитивного отношения к своему возрасту и стремления быть открытым новому опыту как потенциально неисчерпаемому ресурсу непрерывного развития человека в процессе жизни и совладания с последствиями травматизации» [7]. Э.Ш. Шаяхметова, Г.В. Митина, О.М. Макушкина обнаружили, что качество жизни и субъективное благополучие в поздних возрастах во многом определяются вовлеченностью в межличностное, профессиональное, семейное общение [8]. Анализ зарубежных публикаций по базам PubMed, ScienceDirect позволил А.И. Милехину выявить и сгруппировать основные компоненты ка-



чества жизни пожилых людей: «1) смысл жизни, поддержка семьи и друзей, работа, социальная активность, здоровье, стремление к обучению, состояние жилья, личный рост (Р.М. Burbabk, 1992), 2) семья, социальные контакты, здоровье, наличие досуга, материальное состояние (М. Farquhar, 1995), 3) здоровье, отношения в семье и с друзьями, финансы, социальная активность, окружающая среда, религиозные убеждения и вероисповедание, работа, образование, позитивный прогноз будущего, доход, независимость, контроль над деятельностью (А. Bowling, 1995, 2002), 4) состояние здоровья, наличие социальных контактов, религия, безопасность (Р.К. Hilleras et al., 2001)» [2].

Анализ ретроспективной и текущей информации позволяет отметить, что основное внимание отечественных и зарубежных исследователей привлекают три направления: 1) основные компоненты качества жизни; 2) факторы, определяющие качество жизни; 3) методики оценки качества жизни в поздних возрастах.

Важно отметить, что к настоящему времени ученые-геронтологи не работали по проблеме оценки качества жизни в поздних возрастах единого мнения. Малоизученным остается механизм того, как пожилой человек создает свое качество жизни. Также недостаточно освещается вопрос схожести и/или отличия качества жизни лиц с различной религиозной идентичностью.

В связи с этим возникает практический интерес определения качества жизни пожилых людей с различной религиозной идентичностью.

Цель данного исследования – выявление взаимосвязи показателей качества жизни и компонентов идентификации с религиозной группой респондентов-мусульман.

Гипотеза состояла в предположении о наличии у пожилых мусульман взаимосвязи между религиозной идентичностью и всеми показателями качества жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2019 г. в различных городах Российской Федерации. В нем приняли участие 180 людей. Выборка была представлена тремя возрастными группами по классификации ВОЗ: 55 – 64 года, (n=96), 65 – 74 года (n=56), 75 и старше (n=24). В результате анкетного опроса было установлено, что 80 респонден-



тов идентифицировали себя как мусульмане, они старались соблюдать обряды и обычаи. 100 испытуемых считали себя атеистами. Деление по полу было нецелесообразным, поскольку выборки были бы нерепрезентативными.

Таблица 1 / Table 1

Распределение выборки по религиозности
The distribution of the sample by religious identification

Возраст (лет) / Age (years)	Мусульмане / Muslim (n=80)		Атеисты / Atheist (n=100)	
	Кол-во /volume	%	Кол-во /volume	%
55 – 64	42	52,5	54	54
65 – 74	24	30	32	32
75 и старше /and older	14	17,5	14	14

Для определения идентификации с религиозной группой у респондентов-мусульман использовали методику измерения групповой идентификации (К. Лич, адаптация Е.Р. Агадуллиной, А.В. Ловакова). На 14 вопросов опросника следует проставить балл в соответствии со шкалой Лайкерта от 7 (полностью согласен) до 1 (полностью не согласен) [9]. Методика адаптирована для измерения идентификации с религиозной группой. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36, представленного восемью шкалами. Математико-статистическая обработка полученного материала проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2007 и программного пакета Attestat с использованием общепринятых методов вариационной статистики.

Результаты исследования и их интерпретация. Анализ идентификации с религиозной группой у респондентов-мусульман представлен в таблице 2.

Таблица 2/ Table 2

Средние показатели компонентов идентификации
с религиозной группой у респондентов мусульман, баллы
The average components of identification with the religious group
of the respondents were Muslims, points

Компоненты идентификации с религиозной группой, баллы / Components of identification with a religious group, points	Возрастные группы обследованных / Age groups surveyed (n=80)		
	55 – 64	65 – 74	75 и старше /and older

Самостереотипизация / individual self-stereotyping	6,14±0,82*	5,54±1,00	5,46±1,22
Ингрупповая гомогенность / in-group homogeneity	6,16±1,00*	5,66±1,16	5,69±1,14
Удовлетворенность членством в группе / satisfaction	6,70±0,67	6,74±0,62	6,86±0,61
Сплоченность /единение с группой / solidarity	6,20±0,58	6,09±0,61	6,77±0,67
Выраженность групповой идентичности / centrality	6,10±1,00	6,0±1,22	6,26±0,84

Примечание: * – достоверные различия между средними показателями анализируемых групп ($p<0,05$).

Note: * – significant differences between the mean values of the analysed groups ($p<0,05$).

В результате анализа компонентов идентификации с религиозной группой было установлено, что в большей степени представлен такой компонент, как «Удовлетворенность членством в группе», а в меньшей – «Стереотипизация».

Следует отметить, что достоверные различия средних значений трех возрастных групп отсутствуют в компонентах «Удовлетворенность членством в группе», «Сплоченность», «Выраженность групповой идентичности». Исключения составляют компоненты «Стереотипизация» и «Ингрупповая гомогенность». В возрастной группе 55–64 года обнаружены более высокие показатели по сравнению с показателями старших возрастных групп ($p<0,001$). Видимо, для мусульман в возрасте 55–64 года важна сама принадлежность к религиозной группе, они признают и уважают ее ценности и глубоко ощущают эмоциональную и когнитивную взаимосвязь с ее членами.

Для выявления качества жизни и степени удовлетворенности сторонами жизнедеятельности пожилых людей, на которые оказывает влияние состояние здоровья, был использован опросник SF-36. Данные представлены таблице 3.



Таблица 3 / Table 3

Средние показатели качества жизни пожилых людей (n=180), баллы
Average quality of life of elderly people (n=180), points

Показатели качества жизни / Quality of life indicators	Мусульмане / Muslim (n=80)	Атеисты / Atheist (n=100)
PF – физическое функционирование / physical functioning	70,3+0,19	64,3+1,12
RP – ролевая деятельность / role-playing activities	66,7+0,92	56,6+0,21*
BP – интенсивность боли / pain intensity	63,3+4,99	30,7+1,50*
GH – общее состояние здоровья / general health	52,4+1,59	53,2+3,66
VT – жизненная активность / vital activity	65,0+1,25	54,9+4,46*
SF – социальное функционирование / social functioning	58,3+2,06	74,4+4,98*
RE – ролевое функционирование, обуслов- ленное эмоциональным состоянием / role functioning due to emotional state	58,0+2,46	54,1+4,89
MH – психическое здоровье / mental health	60,8+1,49	59,9+3,55

Примечание: * – достоверные различия между средними показателями анализируемых групп ($p<0,05$).

Note: * – significant differences between the mean values of the analysed groups ($p<0,05$).

Анализ стандартизованных показателей качества жизни популяционного контроля показал, что респонденты-мусульмане имели лучшие показатели по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с атеистами ($p<0,05$). Из данных, представленных в таблице 3, видно, что у большинства пожилых людей преобладают средние и высокие оценки своего здоровья. Они отлично переносят физические нагрузки, у них низкая утомляемость, высокая работоспособность, а также хорошая сопротивляемость к болезням.

Соответственно, показатели качества жизни выше среднего имели респонденты и по шкале ролевой деятельности, поскольку ролевое функционирование напрямую связано с физическим состоянием. Пожилые мусульмане с удовольствием и без явных признаков утомления выполняли свои повсед-



невные обязанности, а некоторые из них и продолжали трудовую деятельность.

Интересен тот факт, что болевой синдром у мусульман не оказал существенного влияния на качество жизни. Возможно, это объяснимо тем, что последователи различных религий реже пьют, курят по сравнению с широкой общественностью, также предпочитают разрешать проблемы с помощью религии, занявшись медитацией, чтением молитв, соблюдением поста.

Общее состояние здоровья оценивалось выше среднего уровня всеми респондентами независимо от религиозной идентификации, для них были характерны высокие показатели жизненной активности и социального функционирования.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье пожилых людей с различной религиозной идентификацией не имели достоверно значимых различий и находились в зоне средних значений. Следовательно, эмоциональное состояние не мешает выполнению повседневной деятельности пожилых людей, качество и объем работы не снижены, увеличивается лишь время, затрачиваемое на выполнение задания.

Несомненно, что качество жизни пожилого человека во многом определяется физическим и психическим компонентами здоровья. Результаты исследования основных показателей качества жизни представлены в таблице 4.

Таблица 4/ Table 4

Физический и психологический компоненты здоровья как основные показатели качества жизни (n=180), баллы

Physical and psychological components of health as the main indicators of quality of life (n=180), points

Возраст (лет) / Quality of life indicators	РН – физический компонент здоровья		МН – психологический компонент здоровья	
	Мусульмане / Muslim (n=80)	Атеисты / Atheist (n=100)	Мусульмане / Muslim (n=80)	Атеисты / Atheist (n=100)
55 – 64	45,83±1,66	43,9±2,05	46,28±1,89	53,7±2,02*
65 – 74	48,67±1,54	44,3±2,05	24,90±1,88	24,9±2,08



75 и старше /and older	44,19±1,74	32,7±1,74*	44,65±1,76	39,5±2,76*
---------------------------	------------	------------	------------	------------

Примечание: * – достоверные различия между средними показателями анализируемых групп ($p < 0,05$).

Note: * – significant differences between the mean values of the analysed groups ($p < 0,05$).

Анализ качества жизни позволил установить, что у респондентов всех изучаемых возрастных групп, независимо от религиозной идентификации, нарушены показатели физического здоровья. Снижены показатели средних значений за счет шкал жизненной активности, энергии, физической боли и дискомфорта преимущественно. Следует отметить, что снижение физического здоровья у атеистов начинается с 75-летнего возраста.

Удовлетворенность качеством жизни в пожилом возрасте является результатом динамического процесса взаимодействия компонентов физического и психического здоровья. Изменения в психологической сфере во всех группах обусловлены снижением физического здоровья, наличием симптомов когнитивного дефицита и нарушением адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, а также тревожными расстройствами и депрессиями позднего возраста. Примечателен тот факт, что респонденты обеих групп в возрасте 65–74 лет одинаково низко оценивают уровень психического здоровья. Возможно, это обусловлено недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций в связи со значительным сокращением социальных связей и прекращением трудовой активности.

В возрастной группе 75 лет и старше возрастает психологический компонент здоровья у респондентов-мусульман. Можно предположить, что религиозная деятельность респондентов-мусульман обеспечивает чувство благополучия, компенсирует недостаточную удовлетворенность некоторых сторон бытия, позволяет справиться с текущими проблемами. Данный факт согласуется с результатами зарубежных ученых, установивших, что религиозная деятельность (регулярное посещение церкви, мечети или синагоги, соблюдение постов) может влиять на снижение депрессивной симптоматики, помогает людям в борьбе с посттравматическими стрессовыми расстройствами.

А медитативные практики, имеющие место в различных мировых религиях, изменяют структуру мозга, что приводит к улучшению памяти и снижению стресса [10]. И в данном случае неважно, какой из факторов имеет большее положительное значение – вера в высший разум или чувство принадлежности к религиозному сообществу. Главное, дальнейшие исследования вопросов религиозной принадлежности могут быть полезными клиническим психологам, занимающимся проблемой психических заболеваний. Анализ субшкал позволяет детально установить, в каких областях жизни пожилого человека возникает дисбаланс, а результаты анализа могут быть использованы в коррекционно-развивающих программах.

Далее были рассмотрены взаимосвязи между компонентами идентификации с религиозной группой, выделенными по методике К. Лич, и показателями качества жизни. Значимые коэффициенты корреляции представлены в таблице 5.

Таблица 5

Взаимосвязь компонентов идентификации с религиозной группой респондентов-мусульман и показателей качества
Interrelation of components of identification with religious group of respondents-
Muslims and quality indicators

Показатели качества жизни / Quality of life indicators	Компоненты идентификации с религиозной группой респондентов-мусульман / Components of identification with the religious group of Muslim respondents				
	Самостереотипизация individual self-stereotyping	Ингрупповая гомогенность / in-group homogeneity	Удовлетворенность членством в группе / satisfaction	Сплоченность / solidarity	Выраженность групповой идентичности / centrality



PF – физическое функционирование / physical functioning			0,34		
RP – ролевая деятельность / role-playing activities	0,40	0,36			
GH – общее состояние здоровья / general health			0,26		
VT – жизненная активность / vital activity	0,28	0,32	0,46	0,34	0,38
SF – социальное функционирование / social functioning	0,30			0,44	
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием / role functioning due to emotional state	0,42	0,38		0,48	
MH – психическое здоровье / mental health			0,52		

Так, наибольшее количество взаимосвязей было обнаружено между таким компонентом идентификации с религиозной группой, как «удовлетворенность членством в группе» и показателями качества жизни «физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «психическое здоровье». Можно предположить, что удовлетворенность, являясь общим аспектом идентификации с группой, оказывает влияние практически на все компоненты качества жизни. А по мнению О.С. Павловой, «удовлетворенность членством» в религиозной группе – «это аффективный компонент, который отражает позитивные эмоции, возникающие у верующего от принадлежности к мусульманской умме, а также по отношению к самой религиозной группе: радость, гордость и счастье» [11].

Следует отметить тот факт, что болевой синдром в группе мусульман не коррелировал ни с одним компонентом идентификации с религиозной группой.

Заключение. Качество жизни пожилого человека во многом определяется физическим и психическим компонентами здоровья. Религиозная деятельность респондентов-мусульман обеспечивает чувство благополучия, компенсирует недостаточную удовлетворенность некоторых сторон бытия,



позволяет справиться с текущими проблемами Исследования вопросов религиозной принадлежности могут быть полезными клиническим психологам, занимающимся проблемой психических заболеваний. Анализ субшкал позволяет детально установить, в каких областях жизни пожилого человека возникает дисбаланс, а результаты анализа могут быть использованы при составлении коррекционно-развивающих программ. Анализ взаимосвязи компонентов идентификации с религиозной группой респондентов-мусульман и показателей качества жизни пожилых людей позволил предположить, что позитивные мысли и эмоции, а также сама религиозная деятельность оказывают влияние практически на все компоненты качества жизни.

Выводы

1. Наибольший вес в структуре религиозной идентичности пожилых людей трех возрастных групп имеют такие компоненты, как: «Удовлетворенность членством в группе», «Сплоченность», «Выраженность групповой идентичности».

2. В возрастной группе 55–64 года обнаружены высокие показатели компонентов «Стереотипизация» и «Ингрупповая гомогенность».

3. Респонденты-мусульмане имеют лучшие показатели по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с атеистами.

4. Выявлены значимые взаимосвязи между различными компонентами идентификации с религиозной группой и показателями качества жизни.

Список литературы

1. Bowling A., Hankins M. *A short of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief)*. Archives of Gerontology and Geriatrics; 2013. Vol. 56 (1). P. 181–187.

2. Милехин А.И. *Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы*. Современная зарубежная психология. 2016; 5(1): 53–63.

3. Дворецкий Л.И. *Качество жизни пожилого человека. Руководство по геронтологии и гериатрии*. М.: Наука; 2015. С. 154–160.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. М.: Речь; 2016. 320 с.



5. Прошаев К.И., Горелик С.Г., Притчина А.И. *Качество жизни пациентов старческого возраста. Вестник новых медицинских технологий* [электронное издание]. 2013; №1.
6. Зеликова Ю.А. *Субъективное благополучие пожилых людей* (кросс-национальный анализ). Социологические исследования. 2014; №11: 60–69.
7. Сергиенко Е.А., Харламенкова Н.Е. *Психологические факторы благополучного старения*. Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018; Т. 8: 243–257.
8. Шаяхметова Э.Ш., Митина Г.В., Макушкина О.М. *Особенности психических состояний у лиц пожилого возраста, живущих в семьях и домах престарелых*. Здоровье и образование в XXI веке. 2018; Т.20 (2): С. 47 – 52.
9. Агадуллина Е.Р., Ловаков А.В. *Модель измерения групповой идентификации: проверка на российской выборке*. Журнал высшей школы экономики. 2013; №4(10): 143–157.
10. Croezen S., Avendano M., Burdorf A. *Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries*. American Journal of Epidemiology; 2015. Vol. 118 (2): 168–176.
11. Павлова О.С., Миназова В.М., Хухлаев О.Е. *Религиозная идентичность студентов-мусульман* (на материале изучения молодежи, проживающей в Чеченской республике). Культурно-историческая психология. 2016; 12(2): 90–99.

References

1. Bowling A, Hankins M *A short of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire* (OPQOL-brief). Archives of Gerontology and Geriatrics. 2013; Vol. 56(1): S. 181–187.
2. Milehin AI *Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemnye voprosy. Sovremennaja zarubezhnaja psihologija*. 2016; Tom.5(1); S. 53–63
3. Dvoreckij LI *Kachestvo zhizni pozhilogo cheloveka. Rukovodstvo po gerontologii i geriatrii*. M.: Nauka, 2015. S. 154–160.
4. Novik AA, Ionova TI *Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine*. M.: Rech', 2016. 320 s.
5. Proshhaev KI, Gorelik SG, Pritchina AI *Kachestvo zhizni pacientov starcheskogo vozrasta*. Vestnik novyh medicinskih tehnologij [jelektronnoe izdanie]. 2013; №1.
6. Zelikova Ju.A. *Subektivnoe blagopoluchie pozhilyh ljudej* (kross-nacional'nyj analiz). Sociologicheskie issledovanija. 2014; №11: S. 60–69.



7. Sergienko EA, Harlamenkova NE *Psihologicheskie faktory blagopoluchnogo starenija*. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologija i pedagogika. 2018; T. 8: S. 243–257.
8. Shajahmetova JeSh, Mitina GV, Makushkina OM *Osobennosti psihicheskikh sostojanij u lic pozhilogo vozrasta, zhivushhih v sem'jah i domah prestarelyh*. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2018; T.20 (2): S. 47–52.
9. Agadullina ER, Lovakov AV *Model' izmerenija gruppovoj identifikacii: proverka na rossijskoj vyborke*. Zhurnal vysshej shkoly jekonomiki. 2013; №4(10): S.143–157.
10. Croezen S, Avendano M, Burdorf A *Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries*. American Journal of Epidemiology. 2015; Vol. 118 (2): S. 168–176.
11. Pavlova OS, Minazova VM, Huhlaev OE *Religioznaja identichnost' studentov-musul'man* (na materiale izuchenija molodezhi, prozhivajushhej v Chechenskoj respublike). Kul'turno-istoricheskaja psihologija. 2016; T.12(2): S. 90–99.

Информация об авторах

Хайрльварина Гульнара Рамилевна, магистрант по профилю подготовки «Клиническая психология», ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», Уфа, Республика Башкортостан.

Шаяхметова Эльвира Шигабетдиновна, доктор биологических наук, доцент, профессор кафедры общей и социальной психологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», Уфа, Республика Башкортостан; научный сотрудник центра спортивной науки, Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Российская Федерация.

Information about the author

Gulnara R. Khayerlvarina, graduate student of the specialization «Clinical psychology», Bashkir State Pedagogical University. M. Akmully, Ufa, Republic of Bashkortostan.

Elvira Sh. Shayakhmetova, doctor of biological sciences, associate professor of department of general and social psychology, Bashkir State Pedagogical University. M. Akmully, Ufa, Republic of Bashkortostan.; research associate of the Ceneter of sport sciences, South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation.



Матвеева Людмила Михайловна, кандидат социологических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», Уфа, Республика Башкортостан.

Самигуллин Ринат Рафилевич, старший преподаватель кафедры прикладной психологии и девиантологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», Уфа, Республика Башкортостан.

Митина Галина Владимировна, кандидат философских наук, доцент кафедры общей и социальной психологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», Уфа, Республика Башкортостан.

Ludmila M. Matveeva, PhD in sociological sciences, professor, Bashkir State Pedagogical University. M. Akmully, Ufa, Republic of Bashkortostan.

Rinat R. Samigullin, senior lecturer in applied psychology and deviantology, Bashkir State Pedagogical University. M. Akmully, Ufa, Republic of Bashkortostan.

Galina V. Mitina, PhD in Philosophy, associate professor at the department of general and social psychology, Bashkir State Pedagogical University. M. Akmully, Ufa, Republic of Bashkortostan.

Раскрытие информации о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of Interest Disclosure

The authors declares that there is no conflict of interest.

Информация о статье

Поступила в редакцию: 28.05.2019 г.
Одобрена рецензентами: 18.08.2019 г.
Принята к публикации: 30.08.2019 г.

Article info

Received: May 28, 2019
Reviewed: August 18, 2019
Accepted: August 30, 2019