



DOI 10.19181/nko.2023.29.1.10

EDN IYICZN

УДК 314; 316.4



К. А. Галкин¹

¹ Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН.
Санкт-Петербург, Россия.

АКТИВНОСТЬ И СТРАТЕГИИ ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКИЙ КОНТЕКСТ

Аннотация. Современная Россия, как и большинство европейских стран, – государство, где активно происходит старение населения. При этом вопросы организации ухода за пожилыми людьми, равно как и вопросы организации заботы о пожилых людях становятся всё более важными для современной российской социальной политики. В статье изложены результаты качественного исследования, проведённого в селах Республики Карелия и в городе Санкт-Петербурге. Всего было собрано 40 полуструктурированных интервью (n=40). В рамках настоящего исследования мы рассматриваем заботу о субъективном здоровье пожилых людей как один из важных критериев развития политики активного долголетия в России. Основная задача исследования, в связи с этим – выяснить, как сами пожилые люди заботятся о своем субъективном здоровье в рамках различных территории. Основным исследовательским вопросом выступает вопрос о том, как формируется у пожилых людей забота о своем субъективном здоровье. Результаты исследования подтверждают наличие специфики заботы о своем субъективном здоровье в зависимости от различных локаций, где проживают пожилые люди. Основной проблемой для пожилых людей, проживающих в сельской местности, выступает исключение медико-социального обслуживания, что актуализирует поиск альтернативных вариантов лечения заболеваний. Для пожилых людей в крупном городе немаловажным выступает обращение к институциональным провайдерам лечения как к единственным и безальтернативным источникам заботы и ориентир на обращение к подобным провайдерам в лечении различных заболеваний.

Ключевые слова: пожилые люди; субъективное здоровье; здоровье пожилых; активное долголетие; город; сельская местность

Для цитирования: Галкин К. А. Активность и стратегии заботы о здоровье пожилых людей: городской и сельский контекст // Наука. Культура. Общество. 2023. Т. 29, № 1. С. 130–142. DOI 10.19181/nko.2023.29.1.10. EDN IYICZN

Введение. Сохраняющийся стабильный тренд в развитии политики активного долголетия («активного старения» в английском эквиваленте) в России — это ориентированность на решение медицинских задач и сохранения здоровья пожилых людей преимущественно через проведение различных мероприятий, чаще всего направленных на диспансеризацию и поддержание здоровья пожилых [1; 2; 3]. Таким образом, до недавнего времени вся система активного долголетия в России была ориентирована преимущественно на медицинскую помощь пожилым людям и, что достаточно важно, на поддержание текущего уровня здоровья. При этом сам концепт активного долголетия включает в себя как развитие медицинской, психологической поддержки, так и различные ме-

роприятия, направленные на трудоустройство пожилых людей, развитие их мобильности, другие мероприятия [4]¹. Такие компоненты в политике активного долголетия начали появляться в России сравнительно недавно. Как правило, они закреплены на государственном уровне в системе различных национальных проектов, будь то «Старшее поколение» или «Демография», а также в тех или иных локальных инициативах, реализуемых обыкновенно в крупных городах (пример такого проекта — «Московское долголетие») [5; 6]².

Государственная политика и социальные программы для поддержки старших возрастных групп в России до недавнего времени были в основном ориентированы на решение задач медицинского обеспечения и проблем, связанных с естественным старением населения. Была создана государственная гериатрическая служба, одна из задач которой — создание и развитие сети гериатрических госпиталей и больниц, а также системы реабилитационных учреждений для пожилых людей.

Территориальное распределение учреждений гериатрической службы довольно неравномерно: оно охватывает преимущественно крупные города и города федерального значения, но не сельскую местность и малые города, где медико-социальные проблемы пожилых людей часто остаются без внимания. Гериатрическая служба России имеет не вполне удовлетворительную правовую базу, не располагает вертикальными управленческими связями. Также существуют сложности с профессией врача-гериатра, которая есть лишь в крупных медицинских учреждениях и не включена в штатное расписание поликлиник и гериатрических центров [7].

Однако важным остаётся изучение особенностей неравенств и системы ценностей в целом, которые формируются в контексте здоровья пожилых людей и связаны со спецификой обеспечения и поддержания их здоровья.

В рамках настоящей статьи мы ставим целью проанализировать особенности поддержания здоровья на субъективном уровне у пожилых людей, проживающих в различных локациях: в крупном городе федерального значения (Санкт-Петербург) и в сельской местности (сёла юго-востока Республики Карелия). Мы рассматриваем специфику заботы о здоровье пожилых людей.

Основным исследовательским вопросом, рассмотренным в данной статье, выступает вопрос о том, как формируется забота пожилых людей о своём субъективном здоровье.

Теоретический контекст. Один из основных функционалистских взглядов на здоровье индивидов, крайне распространённый и сегодня, — модель концептуализации здоровья, предложенная Т. Парсонсом [8; 9; 10]. Исследователь рассматривает здоровье, здоровое состояние людей как посредника, регулирующего человеческую активность, как важный ресурс для достижения индивидуальных и групповых целей [11]. Проблемы сохранения здоровья были связаны в целом с сохранением ресурсов общества, с его постоянным развитием в рамках функционалистской трактовки, а, следовательно, состояние болезни воспринимается здесь как девиация [12; 13]. Большинство программ и специальных проектов по сохранению здоровья нацелены на использование именно этого подхода, который на практике ориентирован на то, чтобы максимально

¹ Political declaration and Madrid international plan of action on aging. Second world assembly on ageing (Madrid, 8-12 April 2002) // The United Nations. URL: <https://u.to/u1N4Hg> (accessed: 08.12.2022).

² Паспорт Национального проекта «Демография» // Правительство России. URL: <http://government.ru/info/35559/> (дата обращения: 08.12. 2022).

быстро излечить больного человека, вернуть его в общество и сделать вновь общественно полезным. Классическая роль больного для функционалистов — опасная и разрушающая роль, которая не способствует реализации в обществе поставленных задач и планов.

Однако эта концепция подвергается критике, в первую очередь исходя из того, что такое представление о здоровье создаёт различные неравенства для различных групп людей. Пожилые люди относятся к таким группам, так как в отношении них «роль больного» не реализуется в полной мере; следовательно, на практике такой пациент не может полностью выздороветь и оказывается практически полностью подчинённым системе здравоохранения, а также пониманию процесса старения как естественного, биологического процесса, который не поддаётся быстрому излечению и его минимизации [14; 15]. Появляется возможность пациентоориентировать старость и, как следствие, создать биоконтроль над старостью и старением. Медицина, таким образом, одновременно и присваивает старение, разграничивая возрастные рамки и определяя, когда начинается пожилой возраст, и маргинализирует его, теряя власть над ним, определяет человека между двумя довольно схожими ролями: ролью пациента, которая свойственна молодым людям, когда наступают сложности со здоровьем, и ролью пожилого человека как потенциального больного, который в любой момент может стать пациентом. Граница между этими ролями постоянно определена эталоном физиологической нормы, а также соматическим состоянием пожилых людей и всё время балансирует между ролью потенциального больного и пациента.

Таким образом, одной из доминирующих категорий, которая становится практически синонимичной старости и возрасту, выступает категория здоровья. И именно в терминах здоровья и различных ухудшений состояний анализируются особенности восприятия своего возраста. Как отмечает А. Смолькин, «в старости значительная часть событий и действий начинает измеряться или оцениваться человеком в терминах здоровья, а не удовольствий или необходимости. Сама функциональность как основа нормы зависит от возможностей медицинского вмешательства» [14]. Следовательно, при возникновении заболевания у пожилого человека, помимо самого факта его наличия, который фиксирует медицина, возникает также изменение отношений пожилого человека с окружающими, ощущение чувства собственной ненужности и незначимости, утраты возможностей и прежних активностей. Немаловажным выступает и тот факт, что на данном этапе отсутствуют какие-либо содержательные теоретические рамки, которые могли бы описать особенности здоровья и проблем с ним в жизни пожилого человека как один из ключевых факторов возникновения активности. Теория активностей, разработанная Б. Лемоном и коллегами, ставшая теоретической основой для концепции активного долголетия, сегодня подвергается критическому взгляду, в основном в контексте идей о важности субъективного понимания и рассмотрения различных факторов, которые могут оказывать значительное влияние на активность пожилых людей [16; 17].

Здоровье пожилых людей рассматривается как объективное обстоятельство, то есть при развитии программ активного долголетия во внимание принимаются объективные, медикализированные параметры понимания плохого и хорошего здоровья и его улучшения. А субъективные параметры, такие как переживания и психологическое состояние, оценка соматического состояния индивида, остаются незатронутыми [18].

Исследователи неравенств в здоровье отмечают, что важную роль в поддержании здоровья играют психосоциальные факторы, а также социальный

капитал, который связан с поддержкой родственников и близких, которые помогают справиться с жизненными трудностями [19; 20].

Исследование посвящено субъективному здоровью и неравенствам в жизни пожилых людей. Такие неравенства следует разделить на две группы. В социологических работах они рассматриваются в контексте социальных факторов и неравенств, существующих в рамках различных территорий. В исследованиях, посвящённых социальной работе, — с позиций удовлетворённости пожилых людей качеством медицинской помощи, а также специфики жизни пожилых людей в целом (к примеру, речь может идти о психологических факторах их жизни, о распространённости медицинской помощи и удовлетворённости ей). Нередко в исследованиях по социальной работе одним из важных факторов, влияющих на субъективное здоровье пожилых людей, выступает выход на пенсию, исключение пожилых людей из жизни социума, что создаёт для пожилых людей трудности с поддержанием здоровья [21; 22]. При этом основными исследовательскими инструментами как в исследованиях, посвящённых социальной работе, так и в исследованиях по социологии остаются количественные методы. Изучение различных регионов часто связано с отсутствием прицельного выбора и анализа субъективных неравенств в здоровье.

В статье мы используем подход финского социолога Э. Аллардта, согласно которому здоровье формируется как объективными факторами и средой (что, на наш взгляд, перекликается с фокусом концепции активного долголетия), в рамках которой находится индивид, так и субъективными особенностями, индивидуальными психологическими установками, взглядами и пониманием, ощущением своего собственного здоровья. Из подобного определения следует, что в современном обществе здоровье и благополучие соотносятся с точки зрения коллективизма и индивидуализма. Следовательно, реализовывать меры социальной политики и поддержки невозможно без изучения конкретных социальных ситуаций, анализа субъективных проблем и неравенств в здоровье [23; 24].

В рамках настоящего исследования мы рассматриваем заботу о субъективном здоровье пожилых людей как один из важных критериев развития политики активного долголетия в России. Основная задача исследования, в связи с этим — выяснить, как сами пожилые люди заботятся о своем субъективном здоровье в рамках различных территорий.

Методология и эмпирическая база. Методологией исследования выступают полуструктурированные интервью с 40 респондентами (n=40), проживающими в Санкт-Петербурге и сёлах Республики Карелия по 20 интервью из каждой локации. Возраст информантов: от 65 до 90 лет. Все информанты были неработающими пожилыми людьми, которые вышли на пенсию и имели до этого момента различные профессии и образование: у трети информантов было высшее образование, другие не имели высшего образования, но, как правило, получили среднее образование и работали в сельскохозяйственном секторе. Выборка формировалась с учетом максимальной возрастной и гендерной гетерогенности. Интервью кодировались с применением метода тематического анализа. В ходе анализа обозначались ключевые темы, которые относились к практикам заботы о субъективном здоровье пожилых людей на основании чего в исследовании были выделены стратегии заботы о своем субъективном здоровье у пожилых.

Результаты исследования. Оценка здоровья пожилыми людьми выступает важным компонентом в контексте понимания своей активности и возможности быть интегрированными в социум, в социальную жизнь. Немаловажным выступает тот факт, что объективное состояние здоровья и календарный возраст нередко не совпадают в контексте оценки здоровья. Например, пожилые люди из группы 75+, которые имели различные соматические трудности и сложности с передвижением, оценивали своё состояние здоровья как достаточно «бодрое», а пожилые люди из группы 65+, не имеющие различных хронических заболеваний, наоборот, говорили в нарративах о всевозможных трудностях и проблемах, которые возникают у них со здоровьем:

«Я хоть уже и немолодой парень [смеётся], а здоровье и настроение у меня — хоть в поход, хоть в гору. В общем, я всегда и ко всему готов, потому что главное — это то, как ты себя чувствуешь, как ощущаешь себя. Вот это, я скажу, основное, а всё другое — то, что связано со здоровьем, врачами и лечением, — это уже, скажем так, посредственное и не основное. Главное — это ты и то, как ты сам своё здоровье понимаешь. Вот так скажу» (м., 87, село, Карелия).

Таким образом, основным критерием субъективной оценки здоровья выступает самооценка своих сил, ощущения того, насколько сами пожилые люди чувствуют себя здоровыми. Кроме того, важным критерием, по словам самих пожилых людей, выступает оценка своей индивидуальной жизненной позиции и её особенностей. Отметим, что жители сельских районов оценивали своё состояние здоровья в целом оптимистичнее, в отличие от жителей крупного города. Важным критерием такой оценки была самозабота. Жители сельских районов отмечали, что им приходилось рассчитывать исключительно на себя, в то время как жители города имели возможности использовать различные медицинские услуги, в том числе платную медицину, что в целом способствовало более качественному выявлению тех или иных болезней. Также для жителей сельских районов опасность представлял инфраструктурный дефицит в сёлах, который, как правило, способствовал тому, что пожилые люди рассчитывали на самопомощь и соседскую помощь при лечении заболеваний и минимизации проблем, связанных со здоровьем:

«Здесь, в селе, медицина практически никудышная. Вот и приходится рассчитывать исключительно на себя, или на родственников, которые при желании лекарства тебе привезут, или на соседей. А больше и не на кого. Поэтому я и привык относиться к своему здоровью, как к тому, что лично мне крайне важно и значимо. Потому что без него — никуда. Я знаю, что никто не сможет приехать помочь мне вылечить любое заболевание. Ты здесь один, поэтому твоё здоровье — это сейчас твой основной друг» (м., 72, село, Карелия).

Что касается пожилых жителей города, то их оценки своего здоровья были более пессимистичными. Также в их нарративах чаще присутствовали жалобы на то, что проблемы со здоровьем сами по себе доставляют им множество хлопот. Пожилые люди в городе, как правило, чаще старались найти способы и пути лечения болезней, но при этом и чаще говорили о том, что пожилой возраст и старение «неразлучны», связаны с плохим самочувствием. Следовательно, важной проблемой было то, то что активность в пожилом возрасте снижалась, преимущественно из-за плохого самочувствия и проблем со здоровьем:

«Уже давно я лечу колени и суставы: более десяти лет болею этим недугом. И что в итоге получается? На самом деле только одни проблемы. Если идти в больницу, то почти всегда нужно ложиться и проходить нудный и относительно долгий курс амбулаторного лечения. А если идти в платную поликлинику, меня там тоже оставляют на лечение, как уже неоднократно оставляли, и так же долго будут держать, ничего, по сути, не говоря мне и ничего не делая. Вот тогда и начинаешь понимать: а какой вообще смысл подобного лечения? По сути, никакого. И значит, что болезнь неизлечимая или это ты такая старая — наверное и то и другое. Конечно, руки опускаются, делать ты в принципе ничего не можешь. Ведь когда себя плохо чувствуешь, то какой вообще может быть запал что-либо делать?» (ж., 67, Санкт-Петербург).

Следует отметить, что у пожилых людей отличались оценки активности, активного состояния в зависимости от субъективного здоровья. Так, в нарративах интервью нами были выделены два взгляда. Первый был связан с практиками самозаботы и, следовательно, оптимистичными представлениями о своём здоровье. При таком взгляде важным выступала именно инструментальная роль здоровья, которая способствовала появлению у пожилых людей активности и интегрированности в социальную жизнь, а следовательно, и возможностям для реализации этой активности и своего потенциала.

В числе основных проблем, снижающих самоконтроль и самостоятельность, респонденты отмечали проблемы со здоровьем, которые создавали как материальные, так и физические трудности, сложности с самообслуживанием. Важным было то, что само описание здоровья строилось исходя из понимания возраста, и именно ухудшение здоровья и самочувствия способствовало тому, что пожилые люди теряли привычные возможности, а нередко и активность. Способы маркирования и проявления активностей описывались респондентами именно через практики того, как пожилые люди могли обслуживать себя. Здесь само здоровье, в первую очередь физические возможности, были основными для самоконтроля возможностей пожилых людей:

«Пока сама могу себя обслуживать, это остаётся самым основным и важным, значимым. Когда я не так давно слегла с ковидом, то это, считаю, были настоящие трудности для меня, потому что ни в туалет нормально не сходить, ни вообще что-либо сделать, например, участвовать в своей жизни. Считаю, практически сразу теряешь всё это, всю связь с привычным миром, растрачиваешь жизнь. Поэтому я считаю, что самое главное, что вообще описывает какую-либо старость, да и, наверное, в целом характеризует её, — это как раз то, что ты можешь себя обслуживать. А если нет для этого сил, то — всё, считай, сразу слёг и вообще ничего уже не сделаешь» (ж., 70, село, Карелия).

Пожилые люди, живущие в городе, отмечали, что их самоконтроль над собой был максимально зависимым от внешних обстоятельств. Как следствие, с этим были связаны проблемы психологического характера и возможные ограничения, которые задаются неравенствами, определёнными плохим самочувствием и проблемами со здоровьем. При этом пожилые люди из сельской местности достаточно высоко оценивали свои шансы контролировать свою жизнь, выполнять рутинные дела по дому, обслуживать себя. Но для пожилых людей и из сельской местности, и из города немаловажным было ощущение свободы через возможность быть активными. В результате уровень субъективного здоровья способствовал функциональной свободе, которая могла быть ограничена воз-

возможностями мобильности, а нередко и тем, что пожилые люди не ощущали возможностей для включения в социальную жизнь.

Проблемы со здоровьем, которые ограничивают активность пожилых жителей из сельской местности, были значимыми, но латентными факторами, которые редко артикулировались в форме жалоб. Чаще они представляли собой отсылку к инструментальной сущности здоровья, которая в первую очередь связана с мобильностью, а также возможностью обслуживать себя. Для жителей крупного города ключевым критерием активности было не просто здоровье, которое позволяло обслуживать себя и выполнять рутинные необходимые задачи по дому, но такое здоровье, которое способствовало тому, что пожилые люди могли быть мобильными, интегрированными в различные практики активного долголетия и ЗОЖ. Важным здесь было поддержание такого уровня здоровья, который не всегда виделся пожилым людям возможным, поэтому возникали трудности, связанные с тем, что пожилые люди маркировали своё здоровье и своё состояние как ограничивающие их активности и возможности:

«Раньше я, например, и в лыжных походах участвовал, да и вообще в походах. Иде только не был, чем только не занимался, даже просто ездил! Можно сказать, полстраны исколесил. А теперь всё изменилось, здоровья хватает уже исключительно на себя, и всё, нет никаких других возможностей. в целом нет перспектив улучшить здоровье. Ты становишься максимально замкнутым, максимально ограниченным в определённом пространстве, что, безусловно, не улучшает твоё физическое и психологическое самочувствие. Однако теперь по-другому никак. В своём дневнике я это так и записал: вот она, старость, пришла, и ничего другого уже не предвидится. Да и ждать чего-либо, наверно, уже неправильно и довольно странно» (м., 69, Санкт-Петербург).

Пожилые люди, живущие в городе, отмечали, что их самоконтроль был максимально зависимым от внешних обстоятельств. Отсюда вытекали проблемы психологического характера и возможные ограничения, которые задаются неравенствами, связанными у пожилых людей с плохим самочувствием и проблемами со здоровьем. При этом пожилые люди из сельской местности достаточно высоко оценивали свои шансы контролировать свою жизнь, выполнять рутинные дела по дому и обслуживать себя. В то же время для пожилых людей из сельской местности и из города немаловажным было ощущение свободы через возможность быть активными. Как следствие, уровень субъективного здоровья способствовал такой функциональной свободе, которая могла быть ограничена возможностями мобильности, а нередко и ограничивалась тем, что пожилые люди не ощущали свою включённость в социальную жизнь. Следует отметить, что те пожилые люди, которые оценивали уровень своего здоровья оптимистично, считали свой уровень здоровья удовлетворительным для того, чтобы обслуживать себя и контролировать все процессы. Те же пожилые люди, которые оценивали своё здоровье пессимистично, как правило, отмечали, что возможности их здоровья сильно ограничены, а значит, ограничены и возможности самоконтроля над телом, над повседневными и рутинными практиками. Чем выше была вовлечённость пожилых людей в социальные практики и общение, тем большей была уверенность этой категории граждан в способности контролировать свою жизнь и тем меньшей была зависимость от собственного уровня здоровья, от маркирования проблем со здоровьем как ключевых в этих практиках самоконтроля.

Стратегии заботы о здоровье пожилых людей в городе и в селе. В нарративах интервью нами были выделены две стратегии заботы о своем субъективном здоровье у пожилых людей. Первая была связана с практиками самозаботы о своем здоровье — стратегия самопомощи. Как правило, такая позиция — отношения к субъективному здоровью — была характерна для пожилых жителей сёл. Вторая позиция относительно понимания субъективного здоровья — стратегия обращения за помощью. В рамках данной стратегии пожилые люди полагались преимущественно на помощь врачей и обращения за медицинской помощью. Преимущественно, данная стратегия характерна для пожилых жителей города Санкт-Петербург.

Для представителей стратегии самопомощи основные трудности с заботой о субъективном здоровье были связаны с получением качественной медицинской помощи, которая часто была труднодоступна ввиду инфраструктурного дефицита, существующего в сёлах. Лечение заболеваний для представителей данной стратегии отличалось отсутствием надежд на институциональную, государственную заботу о здоровье; в случае возникновения проблем со здоровьем представители этой стратегии старались найти альтернативы сельской медицине и отправиться на лечение в город, где присутствовали различные виды медицинской помощи. Другой немаловажной деталью заботы о субъективном здоровье у пожилых людей — представителей стратегии самопомощи выступает самостоятельный поиск необходимых лекарств, доступность медикаментов в целом. Представители стратегии самопомощи использовали различные ресурсы при покупке лекарств, в том числе прибегали к помощи местного локального сообщества с просьбами привезти необходимые препараты или найти им замену, так как ассортимент сельских аптек, как и аптек районных центров, был крайне ограниченным:

«Хорошо, что есть соседи. Вот их и прошу всегда помочь с лекарствами. В амбулатории ведь необходимых лекарств не найдёшь, и, следовательно, приходится искать их здесь через соседей, которые уже как родственники. Так и находятся лекарства в итоге» (ж., 69, село, Республика Карелия).

Соседская помощь с лекарствами была довольно распространённой для представителей стратегии самопомощи, подобный обмен можно определить как реципрокный и символический. Главной характеристикой стратегии самопомощи выступает понимание того, что такие институциональные провайдеры поддержки здоровья, как сельская медицина (ФАПы и амбулатории), социальные работники и сельские аптеки, очень часто не справляются с потребностями пожилых людей, и основными ресурсами заботы о субъективном здоровье выступают соседская помощь и поиск альтернативных способов лечения.

Для представителей стратегии обращения за помощью важным ресурсом в поддержании собственного здоровья выступают институциональные провайдеры, к которым относятся преимущественно поликлиническая и больничная виды помощи:

«Да, можно прочесть разные отзывы о нашей поликлинике, но это едва ли не единственная возможность получить хоть какую-нибудь помощь, хоть что-нибудь сделать со своим здоровьем. Поэтому тут выбора нет, и в случае чего я только и могу, что к врачам обращаться» (ж., 67, Санкт-Петербург).

Для представителей стратегии обращения за помощью важным выступает получение как необходимого лечения и лекарств (через обращение к институ-

циональным провайдерам медицинской помощи), так и терапевтической поддержки, общения и взаимодействия, которые существуют на приёмах у врачей, а также советов, которые возможно получить, обращаясь исключительно за медицинской помощью к врачам. При этом и представители обращения за помощью, и представители стратегии самопомощи не считали, что институционализованная медицина способна излечить все заболевания. Разница заключалась в том, что пожилые люди — представители стратегии самопомощи в данном случае искали альтернативы, а пожилые люди — сторонники стратегии обращения за помощью мирились с отсутствием других вариантов и рассматривали медикализацию своего здоровья и различных соматических состояний, обращаясь к медицинским специалистам, как единственную возможность.

Заключение. В исследовании рассматривался один из структурных аспектов активного долголетия — поддержание, сохранение здоровья пожилых людей. В рамках статьи мы сконцентрировались на изучении субъективного здоровья, а именно специфики конкретных ситуаций и заботы о здоровье пожилых людей в городе федерального значения и сельской местности, сёлах Республики Карелия.

В исследовании выделены две стратегии заботы о субъективном здоровье. Первая связана с автономностью и относительной независимостью от институционализованных медицинских услуг и сервисов, отличающихся незначительным качеством, и характерна преимущественно для сельских районов. Вторая стратегия связана с обращением к институциональной медицинской помощи и отсутствием у пожилых людей автономии в выборе медицинской помощи. Результаты исследования подтверждают существование специфики заботы пожилыми людьми о своем субъективном здоровье, исходя из различных локаций и влияния среды, собственных взглядов и качества медицины. Основной проблемой для пожилых людей, проживающих в сельской местности, выступает исключение (или часто недоступность) медико-социального обслуживания, что актуализирует поиск альтернативных вариантов лечения заболеваний. Для пожилых людей, проживающих в таких поселениях, важными провайдерами медицинской помощи выступают местное сообщество и различные неформальные практики, среди которых наиболее распространённой является практика покупки лекарств и обращений к местному сообществу. Для пожилых людей в крупном городе немаловажным выступает обращение к институциональным провайдерам лечения как к единственным и безальтернативным, и в данном случае доверие к таким провайдерам выше, чем в сельской местности, а сами обращения выполняют в том числе терапевтические роли и функции.

Ещё один важный фактор при следовании той или иной стратегии заботы о субъективном здоровье — доступность медицинских услуг. К примеру, недоступность платных медицинских услуг вынуждает пожилых людей на поиск альтернатив, на использование самопомощи — стратегии, характерной для сельской местности, в то время как возможность выбора других вариантов лечения способствует обращению к институциональным и частным провайдерам медицинских услуг.

При этом активность как и активная жизненная позиция, напрямую связаны с представлением о субъективном здоровье у информантов и индивидуальном маркировании и понимании информантами роли своего субъ-

активного здоровья. Следует отметить, что потенциал изучения стратегии лечения в контексте субъективного здоровья пожилых людей открывает в различных регионах страны и городах России значительные перспективы для дальнейших исследований субъективного здоровья с применением качественной методологии, например, в контексте изучения влияния среды и социально-экономического развития тех или иных регионов на доступность медицинского обслуживания.

Практическая значимость исследования представлена различными уровнями. Для других исследователей данной темы это возможность сопоставления полученных в работе стратегий заботы пожилых людей о своём здоровье в городском и сельском контекстах, выделение связанных с этим аспектов. На уровне органов местной власти применение полученных результатов позволит улучшить развитие медицины в городе и сельской местности, наметить перспективы развития, создать понимание потребностей в лечении пожилых людей, учитывая особенности их локации. С точки зрения развития локального сектора реальной экономики улучшение медицинского обслуживания пожилых людей, как и решение проблем со здоровьем пожилых в контексте улучшения взаимодействия с врачами и различными звеньями лечения, способствует сохранению ресурсов и человеческого капитала, что особенно важно в двух регионах с активно развивающимся демографическим старением: Санкт-Петербурге и Республике Карелия. Результаты исследования могут быть использованы и на образовательном уровне: при разработке курсов по деонтологии; при работе врачей с пациентами из разных локаций; при изучении специфики взаимодействия с пациентами в городе и сельской местности (этому аспекту сегодня уделяется мало внимания в рамках подготовки и профессиональной переподготовки врачей, а также в контексте проведения различных семинаров и обучающих программ.

Также следует отметить важность использования полученных в исследовании результатов на локальном уровне: при планировании сельскими и городскими врачами коммуникации с пациентами, поиске ими оптимальных моделей взаимодействия с больными.

Библиографический список

1. *Ткачева О. Н.* Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 4. С. 31–35. EDN [WJDAYV](#).
2. *Егоров В. В.* Гериатрическая служба России. Основные тенденции развития // Клиническая геронтология. 2007. Т. 13, № 3. С. 67–72. EDN [JHCZGP](#).
3. *Шабалин В. Н.* Медико-социальные проблемы физиологического старения населения России // Альманах клинической медицины. 2009. № 21. С. 11–17. EDN [KYHEP](#).
4. Концепция политики активного долголетия : научно-методологический доклад к XXI Апрельской междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества / Под ред. Л. Н. Овчаровой, М. А. Морозовой, О. В. Синявской. М. : ИД Высшей школы экономики, 2020. 40 с. ISBN 978-5-7598-2173-1.
5. *Галкин К. А.* Особенности социальных неравенств в здоровье пожилых людей в России и Европе : обзор исследований // *NOMOTHETIKA: Философия. Социология. Право.* 2022. Т. 47, № 1. С. 14–22. DOI [10.52575/2712-746X-2022-47-1-14-22](#). EDN [DCKNDL](#).
6. *Пригорьева И. А., Уханова Ю. В., Смолева Е. О.* Трансформация социальной политики в России в контексте старения населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12, № 5. С. 124–140. DOI [10.15838/esc.2019.5.65.8](#). EDN [PYIKCN](#).
7. *Ткачева О. Н.* Перспективы развития гериатрической службы в Российской Федерации // Справочник поликлинического врача. 2017. № 5. С. 9–11. EDN [YKJZLR](#).

8. *Gerhardt U.* Parsons, role theory, and health interaction // Sociological theory and medical sociology. London : Routledge, 1987. P. 110–133.
9. *Парсонс Т.* Пересматривая роли больного и врача // Социология власти. 2016. Т. 28, № 1. С. 233–235. EDN [VVHOMJ](#).
10. *Кульсеева Т. Г.* Проблемы здоровья и болезни в работах Т. Парсонса // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы III Всероссийской науч.-практич. конф. с междунар. участием. Курск : КГМУ, 2013. С. 113–117.
11. *Frank A. W.* From sick role to health role: Deconstructing Parsons // Talcott Parsons. Theorist of modernity. London : Sage, 1991. P. 205–216.
12. *Назарова И. Б.* Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты // Социологические исследования. 2004. № 7(243). С. 142–147. EDN [OXAATN](#).
13. *Гришина М. А.* Коммуникация по поводу здоровья: теоретический и практический аспекты // Анализ риска здоровью. 2018. № 2. С. 138–150. DOI [10.21668/health.risk/2018.2.16](#). EDN [XRNWLR](#).
14. *Смолькин А. А.* Медицинский дискурс в конструировании образа старости // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10, № 2. С. 134–141. EDN [LDGYFP](#).
15. *Михалёва А. В.* Социально-медицинские аспекты развития сервисов для пожилых // Журнал социологии и социальной антропологии. 2009. Т. 12, № 2. С. 197–204. EDN [LDGYZF](#).
16. *Lemon B. W., Bengtson V. L., Peterson J. A.* An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community // Journal of gerontology. 1972. Vol. 27, No. 4. P. 511–523. DOI [10.1093/geronj/27.4.511](#).
17. *Formosa M.* Active ageing in the fourth age: The experiences and perspectives of older persons in long-term care // Geopolitical, Social Security and Freedom Journal. 2019. Vol. 2, No. 1. P. 78–92. DOI [10.2478/gssfj-2019-0008](#).
18. *Kalache A., Gatti A.* Active ageing: a policy framework // Advances in gerontology. 2003. Vol. 11. P. 7–18. EDN [PKIVFP](#).
19. *Русинова Н. Л., Сафронов В. В.* Роль персональных психологических ресурсов в объяснении возрастных неравенств здоровья в странах Европы // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. № 4. С. 273–297. DOI [10.14515/monitoring.2022.4.2167](#). EDN [LDTTUM](#).
20. *Matthews K. A., Gallo L. C.* Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health // Annual review of psychology. 2011. Vol. 62. P. 501–530. DOI [10.1146/annurev.psych.031809.130711](#).
21. *Григорьева И. А., Чернышова С. П.* Новые подходы к профилактике социального исключения пожилых // Журнал социологии и социальной антропологии. 2009. Т. 12, № 2. С. 186–196. EDN [LDGYVY](#).
22. *Неваева Д. А.* Особенности социальной эксклюзии лиц пожилого возраста (по материалам социологического опроса) // Вестник Кемеровского государственного университета. 2014. № 2-2(58). С. 141–146. EDN [SMMXGN](#).
23. *Allardt E.* Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research // The quality of life. Oxford, 1993. P. 88–94. DOI [10.1093/0198287976.003.0008](#).
24. *Черныш М. Ф.* Социальное благополучие и здоровье // Информационно-аналитический бюллетень Института социологии ФНИСЦ РАН. 2020. № 1. С. 54–74. DOI [10.19181/INAB.2020.1.4](#). EDN [SDCHVN](#).

Поступила в редакцию: 08.12.2022. Принята к печати: 20.01.2023.

Сведения об авторе:

Галкин Константин Александрович, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН.

Санкт-Петербург, Россия. Kgalkin1989@mail.ru

Author ID РИНЦ: 850737; ORCID: 0000-0002-6403-6083; Researcher ID (WoS): A-8784-2016

K. A. Galkin¹

¹ Sociological Institute of FCTAS RAS.
St. Petersburg, Russia.

ACTIVITY AND STRATEGIES FOR CARING FOR THE HEALTH OF THE ELDERLY: URBAN AND RURAL CONTEXT

Abstract. Modern Russia, like most European countries, is a state where the population is actively aging. At the same time, the issues of organizing care for the elderly, as well as the issues of organizing care for the elderly, are becoming increasingly important for modern Russian social policy. The article presents the results of a qualitative study conducted in the villages of the Republic of Karelia and in the city of St. Petersburg. A total of 40 semi-structured interviews were collected (n=40). In the framework of this study, we consider caring for the subjective health of older people as one of the important criteria for the development of active longevity policy in Russia. The main task of the study, in this regard, is to find out how the elderly themselves take care of their subjective health within various territories. The main research question is the question of how care for their subjective health is formed in older people. The results of the study confirm the presence of the specifics of caring for their subjective health, depending on the different locations where the elderly live. The main problem for elderly people living in rural areas is the exclusion of medical and social services, which actualizes the search for alternative treatment options for diseases. For the elderly in a large city, it is important to turn to institutional treatment providers as the only and non-alternative sources of care and a guideline for turning to such providers in the treatment of various diseases.

Keywords: elderly people; subjective health; elderly health; active longevity; urban; rural

For citation: Galkin K.A. (2023) Activity and strategies for caring for the health of the elderly: urban and rural context. *Science. Culture. Society*. Vol. 29. No. 1. P. 130–142. DOI 10.19181/nko.2023.29.1.10

References

1. Tkacheva O. N. The modern concept of geriatric care development in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(4):31–35 (in Russ.).
2. Egorov V. V. Russian geriatrics service. Major development trends. *Clinical gerontology*. 2007;13(3):67–72 (in Russ.).
3. Shabalin V. N. Medico-social problems of physiological aging of the Russian population. *Almanac of Clinical Medicine*. 2009;21:11–17 (in Russ.).
4. Ovcharova L. N., Morozova M. A., Sinyavskaya O. V. (eds.) The concept of active longevity policy: scientific-methodological report to the XXI April international scientific conference on the problems of economic and social development [own]. Moscow: Higher School of Economics Publ.; 2020. 40 p. ISBN 978-5-7598-2173-1 (in Russ.).
5. Galkin K. A. Features of social inequalities in the health of older people in Russia and Europe: research review. *NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Pravo*. 2022;47(1):14–22. DOI [10.52575/2712-746X-2022-47-1-14-22](https://doi.org/10.52575/2712-746X-2022-47-1-14-22) (in Russ.).
6. Grigorieva I. A., Ukhanova Yu. V., Smoleva E. O. Transformation of social policy in Russia in the context of population ageing. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2019;12(5):124–140. DOI [10.15838/esc.2019.5.65.8](https://doi.org/10.15838/esc.2019.5.65.8) (in Russ.).
7. Tkacheva O. N. Perspectives of geriatric service development in the Russian Federation. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2017;5:9–11 (in Russ.).
8. Gerhardt U. Parsons, role theory, and health interaction. In: *Sociological theory and medical sociology*. London: Routledge; 1987. P. 110–133.
9. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Sociology of power*. 2016;28(1):233–235 (in Russ.).
10. Kulseeva T. G. Problems of health and disease in the works of T. Parsons. In: *Psychology of health and illness: clinical and psychological approach*. Proc. of the III All-Russian scientific-practical conf. with intern. part. Kursk: KSMU; 2013. P. 113–117 (in Russ.).

11. Frank A. W. From sick role to health role: Deconstructing Parsons. In: Talcott Parsons. Theorist of modernity. London: Sage; 1991. P. 205–216.
12. Nazarova I. B. “Doctor-patient” interrelation. Legal and social aspects. *Sotsiologicheskie issledovaniya=Sociological Studies*. 2004;(7):142–147 (in Russ.).
13. Grishina M. A. Health communication: theoretical and practical aspects. *Health risk analysis*. 2018;(2):138–150. DOI [10.21668/health.risk/2018.2.16](https://doi.org/10.21668/health.risk/2018.2.16) (in Russ.).
14. Smolkin A. A. Medical discourse in constructing the image of old age. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii=The Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2007;10(2):134–141 (in Russ.).
15. Mikhaleva A. V. Services for elderly: social and medical aspects of their development. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii=The Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2009;12(2):197–204 (in Russ.).
16. Lemon B. W., Bengtson V. L., Peterson J. A. An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of gerontology*. 1972;27(4):511–523. DOI [10.1093/geronj/27.4.511](https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511).
17. Formosa M. Active ageing in the fourth age: The experiences and perspectives of older persons in long-term care. *Geopolitical, Social Security and Freedom Journal*. 2019;2(1)78–92. DOI [10.2478/gssfj-2019-0008](https://doi.org/10.2478/gssfj-2019-0008) (in Russ.).
18. Kalache A., Gatti A. Active ageing: a policy framework. *Advances in gerontology*. 2003;11:7–18.
19. Rusinova N. L., Safronov V. V. Role of personal psychological resources in explaining age-related health inequalities in European Countries. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2022;(4):273–297. DOI [10.14515/monitoring.2022.4.2167](https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.4.2167) (in Russ.).
20. Matthews K. A., Gallo L. C. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual review of psychology*. 2011;(62):501–530. DOI [10.1146/annurev.psych.031809.130711](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130711).
21. Grigoryeva I. A., Chernyshova S. P. Preventing the social exclusion of the elderly: new approaches. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii=The Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2009;12(2):186–196 (in Russ.).
22. Nevaeva D. A. Features of social exclusion of elderly people (based on the materials of a sociological survey). *The Bulletin of Kemerovo State University*. 2014;(2-2):141–146 (in Russ.).
23. Allardt E. Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research. In: The quality of life. Oxford; 1993. P. 88–94. DOI [10.1093/0198287976.003.0008](https://doi.org/10.1093/0198287976.003.0008).
24. Chernysh M. F. Social well-being and health. *INAB Instituta sociologii FNISC RAN*. 2020;(1):54–74 (in Russ.).

Received: 08.12.2022. Accepted: 20.01.2023.

Information about the author:

Konstantin A. Galkin, Candidate of sociological science, senior researcher, Sociological Institute of FCTAS RAS, St. Petersburg, Russia. Kgalkin1989@mail.ru
ORCID: 0000-0002-6403-6083 Researcher ID (WoS): A-8784-2016