



УДК 316.42

DOI: [10.19181/snsp.2023.11.1.9](https://doi.org/10.19181/snsp.2023.11.1.9)

EDN: PKZQEZ

Научная статья

СТРАТЕГИИ СОХРАНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ : ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКИЙ КОНТЕКСТЫ

Константин Александрович Галкин

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

kgalkin1989@mail.ru,

ORCID [0000-0002-6403-6083](https://orcid.org/0000-0002-6403-6083)

Для цитирования: Галкин К. А. Стратегии сохранения индивидуального здоровья пожилых людей: городской и сельский контексты // Социологическая наука и социальная практика. 2023. Т. 11, № 1. С. 157–172. DOI [10.19181/snsp.2023.11.1.9](https://doi.org/10.19181/snsp.2023.11.1.9). EDN PKZQEZ.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности, которые в региональном аспекте влияют на выбор пожилыми людьми различных стратегий сохранения индивидуального здоровья. Делается вывод, что индивидуальное здоровье пожилых зависит от конкретной социальной среды, а также от индивидуальных психологических и физиологических факторов, от активности и автономности в принятии решений. Исследование проводилось Социологическим институтом РАН – филиалом ФНИСЦ РАН в 2022 году с марта по сентябрь в двух регионах Российской Федерации: Санкт-Петербурге и сельской местности Республики Карелия. Основной исследовательский метод – полуструктурированные интервью, подход к анализу данных интервью – тематический. Одним из результатов анализа стало выявление специфических факторов двух стратегий сохранения здоровья, характерных для пожилых людей: самопомощь, отличительными особенностями которой являются автономность в социальной среде, плохое материальное положение представителей данной стратегии и поиск ими альтернативных способов лечения; и стратегия получения помощи, связанная с доверием пожилых людей к институциональной медицине, с наличием у них опыта лечения хронического заболевания и более высокого материального положения. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что пожилые люди при выборе той или иной стратегии руководствуются такими факторами как: уровень доверия социальной среде в целом и профессиональной медицине в частности; индивидуальные психологические и эмоциональные аспекты представлений о сохранении своего здоровья; уровень личного материального благосостояния.

Ключевые слова: пожилые люди, здоровье пожилых людей, город, сельская местность, забота о здоровье пожилых людей

Введение

В современной России, как и большинству европейских стран, 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 и обслуживания пожилых.

С одной стороны, существует наследие советского прошлого, а именно – государственная система заботы о пожилых людях. Она организуется в современной России через социальные службы, но, как правило, характеризуется некачественной социальной помощью. С другой стороны, в России всегда существовала неформальная помощь пожилым людям. Был соседский уход, который в некоторых случаях, например, в сельской местности, безальтернативно выступал единственным способом поддержки пожилых людей [1]. Вопрос заботы о пожилых людях наиболее остро стоит в российском обществе на территориях, находящихся на удалении от крупных урбанизированных центров. Центры социального обслуживания и предоставления социальных услуг, как правило, расположены в районных центрах и крупных городах регионального значения. При этом медицинские услуги в сельской местности и посёлках городского типа часто предоставляются фельдшерскими и акушерскими пунктами, которые проводят профилактическое лечение различных заболеваний, а также оказывают первичную скорую помощь в экстренных случаях, при резком ухудшении состояния здоровья и наличии угрозы жизни пациента.

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 [2].

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 подготовкой врачей-гериатров, такая должность есть лишь в крупных медицинских учреждениях и не включена в штатное расписание поликлиник [3].

В статье рассматривается специфика здоровья пожилых людей, исследуется самооценка состояния здоровья и такие субъективные параметры жизни пожилых людей – важные компоненты их индивидуального здоровья, как выбор стратегии сохранения здоровья и стратегии лечения. Понятие индивидуального здоровья отличается от обширного понятия «здоровье» тем, что соотносится с индивидуальными и эмоциональными аспектами понимания здоровья в целом, а не с количественными показателями уровня здоровья и его специфики.

Постановка проблемы и теоретический контекст

Одной из доминирующих категорий, которая становится практически синонимичной старости и возрасту, выступает категория здоровья. И именно в терминах здоровья и физического состояния (или самочувствия) анализируются особенности восприятия возраста пожилыми людьми. 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» [4, с. 137].

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, осознание утраты физических возможностей и прежних активностей [5; 6; 7; 8].

Изучение проблем помощи пожилым людям позволило более чётко дифференцировать их по возрастным группам. Современные исследователи возраста отмечают, что в понимании и осмыслении старения важная роль отводится ряду дифференцирующих факторов, таких как различные неравенства, существующие в рамках территорий, разный уровень развития здравоохранения и геронтологической помощи пожилым людям, особенности социальной структуры местных сообществ [9; 10]. Поэтому важным становится исследование социальных проблем людей старшего возраста, новое звучание приобретают дискурсы, касающиеся индивидуального восприятия пожилыми людьми своего места в обществе, своих ролей, потребностей, интересов и ценностных ориентаций, своего социального самочувствия.

Ранее здоровье пожилых людей рассматривалось как данность, то есть при развитии программ активного долголетия во внимание принимались объективные, медикализованные параметры понимания хорошего и плохого здоровья и его улучшения. А субъективные параметры, такие

как эмоциональные переживания и психологическое состояние, оценка соматического состояния индивида, оставались незатронутыми [11]. Немаловажным компонентом, требующим изучения, выступает рассмотрение специфики социального исключения и изолированности пожилых людей в региональном аспекте и, как следствие, особенностей индивидуального состояния здоровья пожилых.

Понятие индивидуального здоровья – новое в описании жизни пожилых людей. Если ранее важным параметром при анализе группы пожилых людей было исследование общего самочувствия и благосостояния, куда, как правило, включались различные экономические показатели, такие как уровень дохода и развитие конкретной страны, где проживали пожилые люди, то после того, как произошёл сдвиг в сторону изучения субъективного состояния жизни пожилых людей, специалисты обосновали понятие индивидуального здоровья как наиболее полно отражающего субъективное восприятие пожилыми своего состояния здоровья, своих активностей и психологических состояний и эмоциональных переживаний на уровне конкретных индивидов [12; 13].

Следует отметить сложности качественного анализа и измерения индивидуального здоровья пожилых людей из-за воздействия на эту категорию множества различных факторов. Последние исследования не оставляют попыток измерения индивидуального здоровья с целью выделения ключевых критериев для описания данной категории населения, например таких, как материальное положение, возраст, социальный статус, образование и условия жизни пожилых людей в рамках тех или иных локаций [14; 15]. Важным при этом выступают не только психологические характеристики жизни пожилых людей и специфика их индивидуального восприятия сложностей, возникающих в различных локациях, но и изучение социальных неравенств, взаимодействий с врачами и медицинским персоналом, а также позиционирования (социального конструирования) их возраста для понимания стратегий сохранения пожилыми людьми индивидуального здоровья [16]. В большинстве количественных исследований понятие «индивидуальное здоровье» связывается со множеством различных переменных. Преимущественно оно связано с оценками субъективного благополучия, в рамках которого рассматривается удовлетворённость жизнью, позитивные, негативные эффекты и реакции на сложности в жизни, а также особенности окружающей среды, – всё это вместе формирует субъективное благополучие исследуемой группы [17; 18; 19]. Здоровье в данном случае интегрировано в целый комплекс различных параметров, но не рассматривается как многомерная характеристика сама по себе и не имеет определяющих факторов с точки зрения индивидуальных психологических, эмоцио-

нальных критериев, которые оказывают влияние на понимание своего здоровья, и социальных характеристик [20].

В описываемом исследовании на примере рассмотрения стратегий сохранения пожилыми людьми индивидуального здоровья мы анализируем психологические и социальные факторы, влияющие на каждую стратегию, и их взаимосвязь. Операционализируя понятие «индивидуальное здоровье», мы определяем его как совокупность индивидуальных физических и психологических факторов, влияющих на здоровье конкретного индивида, а также социальных факторов, таких как коммуникация и взаимодействие с врачами, соседская помощь, разница в качестве оказания медицинской помощи в городе и на селе.

Под стратегиями сохранения индивидуального здоровья мы понимаем процесс сохранения и укрепления здоровья на основе осознания человеком личной ответственности за этот процесс, выраженный в ряде психологических и социальных характеристик жизни индивидов. Анализируя стратегии сохранения пожилыми людьми индивидуального здоровья, мы ориентируемся на рассмотрение стратегий сохранения здоровья как системы действий, направленных на улучшение собственного здоровья и являющихся индивидуальным проявлением отношения человека к своему здоровью в контексте выбора пути лечения и способов обращений за помощью.

Методы и эмпирическая база

Методом сбора информации в исследовании выступают полуструктурированные интервью (количество респондентов составило 40 человек) проживающих в Санкт-Петербурге и сёлах Республики Карелия, – по 20 интервью из каждой локации. Исследование проводилось с марта по сентябрь 2022 года сотрудником Социологического института РАН – филиала ФНИСЦ РАН. Возраст информантов: от 65 до 90 лет. Все информанты были неработающими пожилыми людьми, которые до выхода на пенсию имели различные профессии и образование; у трети информантов было высшее образование, остальные в основном имели среднее образование и работали в сельскохозяйственном секторе. Совокупность опрошенных формировалась с учётом максимальной возрастной и гендерной гетерогенности. В ходе анализа обозначались ключевые темы, которые относились к практикам заботы об индивидуальном здоровье пожилых людей, на основании чего в исследовании были выделены стратегии сохранения индивидуального здоровья.

Интервью кодировались с применением метода тематического анализа, а именно – секвенционного кодирования [21; 22], в рамках которого мы последовательно проходили несколько ключевых этапов.

Первый этап (см. ниже) – выделение смысловых структур, которые стали основой для описания ситуаций сохранения пожилыми людьми индивидуального здоровья в их повседневности. На этом этапе мы идентифицировали секвенции, отражающие ключевые исследовательские темы, которые связаны с определением стратегии сохранения здоровья:

- психологические факторы сохранения индивидуального здоровья (и препятствия к этому);
- физические факторы сохранения индивидуального здоровья (и препятствия к этому);
- социальные факторы в рамках конкретной локации, где проживал пожилой человек.

Второй этап был связан с анализом речи информантов, его/её рассказа о своём индивидуальном здоровье, понимания собственного здоровья и возможностей его сохранения. Здесь мы уделяли большое внимание эмоциональному содержанию нарратива и анализировали, как сами пожилые люди рассказывали о своём здоровье, говорили о сложностях, с которыми им приходилось сталкиваться в жизни в селе и в городе.

В рамках третьего этапа анализа нарративов нами были выделены ключевые субтемы, через которые пожилые люди описывали своё индивидуальное здоровье. Эти субтемы затем стали основой выделения двух стратегий сохранения индивидуального здоровья.

Среди ключевых субтем выделялись следующие:

- автономность/неавтономность лечения пожилых, их обращения за медицинской помощью;
- широта распространения каждой стратегии в городе и сельской местности;
- ценность здоровья пожилых людей в различных локациях;
- отношение к своему здоровью;
- коммуникация, социальные взаимодействия в локациях, в которых проводилось исследование.

Ограничения настоящего исследования обусловлены небольшой выборкой и сравнением только двух регионов.

Результаты исследования

Оценка индивидуального здоровья пожилыми людьми выступает важным компонентом в контексте понимания ими своей активности и возможности быть интегрированными в социум, в социальную жизнь. Немаловажным выступает тот факт, что объективное состояние здоровья нередко не соответствует календарному возрасту в контексте оценки индивидуального здоровья. Например, пожилые люди из группы 75+, которые имели различные соматические трудности и сложности с передви-

жением, оценивали состояние своего здоровья как достаточно «бодрое», а пожилые люди из группы 65+, не имевшие хронических заболеваний, наоборот, говорили о всевозможных трудностях и проблемах со здоровьем. В рамках исследования нами были выделены две стратегии сохранения индивидуального здоровья пожилыми людьми.

Стратегия самопомощи. Те пожилые люди, которые были ориентированы на субъектно-субъектные отношения, не считали, что из-за возраста они должны занимать нижнюю ступень иерархии или же выступать в качестве объекта помощи. Как правило, такая позиция была характерной для стратегии самопомощи и определялась тем, что пожилые люди в рамках сохранения своего индивидуального здоровья ориентировались на то, что они самостоятельно могут создать для себя необходимые условия, чтобы быть независимыми от тех рамок, которые создаёт и задаёт государственная медицина. Последняя обычно определялась представителями стратегии самопомощи как несостоятельная. В частности, описывались сложности, ограничивающие лечение:

«Я считаю, что, как ни говори, на вооружение должна быть взята европейская система, и по-другому здесь быть не может. Судите сами: то, что сегодня предлагается пожилым людям в плане лечения, – это сплошные ограничения, которые вообще ни к чему нормальному привести не могут. И значит, надо стараться заботиться о том, чтобы искать альтернативы. Я такие альтернативы ищу, обращаясь к врачам по знакомству, нередко прибегая к платным услугам врачей, хотя и знаю, что качество платной медицины не очень. Но всё равно делать нечего: часто это единственный выход вообще» (ж., 78, Санкт-Петербург).

В рамках интервью с пожилыми людьми нам удалось выяснить, что наиболее важным фактором при следовании стратегии самопомощи в рамках сохранения своего индивидуального здоровья выступает материальное положение. При этом фиксируется чёткое разделение между городом и сельской местностью. Так, в городе представители стратегии самопомощи имели более высокий доход и, следовательно, чаще обращались за помощью к услугам платной медицины или за консультациями к врачам, которых они находили по знакомству или рекомендациям, услуги которых также были платными. В то же время в сельской местности, ввиду низкой материальной обеспеченности пожилых и нехватки денег на еду и лекарства, а также на товары первой необходимости, стратегия самопомощи была выражена в поиске альтернативных вариантов лечения, например – траволечения, что было довольно распространённой практикой для села, или в замене необходимых лекарств на их аналоги – дженерики:

«У меня пенсия 13 000 рублей, и не разгуляешься особо. Что есть, то и получаю. Поэтому – поскольку спина больная, а лечение в городе стоит около 80 000 рублей, – приходится изобретать, прибегать, что

называется, к бабушкиным методам. Завариваешь там что-то, придумываешь... И это, знаете, помогает, спасает, действует отлично. Вот хотя бы такие возможности у меня есть» (ж., 69, село, Республика Карелия).

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

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 индивидуального здоровья, которая в первую очередь связана с мобильностью, а также с 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 индивидуальное 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 индивидуальное здоровье и своё состояние как факторы, ограничивающие их активности и возможности:

«Раньше я, например, и в лыжных походах участвовал, да и вообще в походах. Где только ни был, чем только ни 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, наверное, уже неправильно и довольно странно» (м., 69, Санкт-Петербург).

Опросы свидетельствуют о том, что состояние индивидуального здоровья представителей стратегии самопомощи зависит от их индивидуального восприятия своего самочувствия, от индивидуального понимания всех возможных проблем, которые могут возникнуть перед пожилым человеком при обращении к некачественной сельской или городской медицине. При этом частота самолечения и поиска его возможных альтернатив напрямую зависит от таких факторов, как материальное положение и образование (чем они выше, тем медленнее информант переходит к выбору стратегии самолечения). В городе такая стратегия встречалась реже, и для городских пожилых людей стратегия самопомощи была обусловлена противостоянием низкому, по их оценкам, качеству государственной медицины.

Кроме того, значимым показателем выбора стратегии самопомощи выступала неуверенность в будущем. С ростом возраста информанта и вероятностью возникновения новых заболеваний возможности медицины, как сельской, так и городской, оценивались невысоко и, следовательно, единственным решением было обращение к альтернативным возможностям, а именно к поиску альтернативных решений через самолечение. Также следует отметить, что представители стратегии самопомощи по большей части не имели серьёзных проблем со здоровьем, поэтому могли, как отмечали в интервью сами информанты, «экспериментировать», искать наиболее подходящие способы лечения заболеваний, различные альтернативы. И важным было то, что представители этой стратегии считали, что здоровье не зависит от различных социальных факторов. При этом высокая автономность в принятии решений была не менее значимым фактором, и индивидуальное здоровье рассматривалось здесь как проблема самого пожилого человека, который мог выбрать наиболее оптимальный путь заботы о здоровье, обозначить правильную стратегию сохранения индивидуального здоровья. Помимо прочего, представители данной стратегии отмечали в интервью важность профилактики различных заболеваний, необходимость прохождения диспансеризации.

Стратегия получения помощи. Для представителей стратегии получения помощи важным в сохранении своего индивидуального здоровья было построение отношений по принципу «опекаемый – опекун». Общество обязано опекать и защищать таких индивидов, способствовать их лечению, создавать для них все возможности для лечения заболеваний. Система здравоохранения рассматривалась такими индивидами комплексно, исходя из важности для общества оказания необходимой поддержки пожилым людям и обеспечения своевременного лечения. Между тем представители данной стратегии из сельской местности были в основном не уверены в качестве оказываемой им медицинской помощи, но отмечали в интервью отсутствие каких-либо альтернатив ввиду ограниченности и неразвитости сельской медицины:

«А если что прихватит, то куда? Сами подумайте: к кому вообще бежать и куда обратиться? Да, знаю, что у нас вообще нет нормальной, качественной медицины, это ни для кого не секрет. Но всё равно хорошо, что хоть какая-то помощь есть в принципе, что хоть куда-то можно обратиться, пусть на таком ужасном уровне» (ж., 68, село, Республика Карелия).

Представители стратегии получения помощи были уверены в том, что медицинские услуги смогут улучшить индивидуальное здоровье пациентов. Кроме того, представители данной стратегии, которые проживали в городе, отмечали важность обращения за помощью, так как это, по их мнению, способствует более успешному лечению, в отличие от самолечения. Более того, в интервью городские представители стратегии получения помощи подчёркивали, что наибольший вред для своего здоровья они ожидали именно от самолечения, которое приводит к запущенности болезни:

«Если вовремя не пойти и не обратиться за помощью, то вы прекрасно понимаете: тут и в ящик сыграть недалеко. Поэтому я иду. И что бы там ни говорили, но медицина у нас хорошая: так скажем, не хуже, отнюдь не хуже, чем в США. И вот это как раз важно понимать и осознавать» (м., 71, Санкт-Петербург).

Представители стратегии получения помощи в целом были удовлетворены лечением и не отмечали каких-либо сложностей в этом процессе. Важным был именно момент обращения за помощью, который представители этой стратегии часто определяли, используя в нарративе такие слова и словосочетания, как «своевременное и необходимое обращение», «обратиться, пока не будет хуже», «главное – вовремя успеть», «любая помощь должна быть врачебной».

Следует отметить, что представители стратегии получения помощи как в городе, так и в сельской местности обычно имели различные хронические заболевания и опыт их лечения, который, как отмечают информанты, диктовал им необходимые условия для быстрого и оперативного обращения за помощью, способствовал скорейшему пониманию того, что только профессиональная медицина может помочь в лечении болезни:

«Всё познаётся, я вам скажу, в сравнении, и никак иначе. Вот основное, что значимо, что важно. Уже при сильной боли, когда ты эту боль сама на себе испытала, ты понимаешь, что единственно возможный выход – это только лечение. Причём не затягивание, а своевременный поход к врачу – вот основное. Это всегда надо стараться понимать при любом лечении» (ж., 69, Санкт-Петербург).

Отметим, что для представителей стратегии получения помощи важным выступало отсутствие автономности в рамках принятия решения

относительно своего здоровья. Как правило, в контексте принятия решений представители этой стратегии ориентировались на свой предыдущий опыт, который был связан с эффективностью медицинской помощи для лечения и минимизации вероятности возникновения новых заболеваний. Обыкновенно представители указанной стратегии имели низкое материальное положение: в сельской местности, например, денег хватало преимущественно на покупку продуктов и самых необходимых лекарств. В то же время представители данной стратегии в городе имели лучшее материальное положение, однако считали это незначимым фактором при лечении заболеваний, наиболее важным условием поддержания здоровья они считали своевременное обращение за медицинской помощью, как правило, в районные поликлиники.

Анализируя интервью, мы пришли к выводу, что представители стратегии получения помощи чаще встречались в городе, чем в сельской местности. Вероятнее всего, это было обусловлено тем, что среди городских пожилых людей автономия была выражена в большей степени в поисках возможных вариантов лечения заболеваний, а эти варианты обыкновенно сводились к выбору между государственной медициной или платной медициной. Также нами было отмечено, что представители стратегии получения помощи в меньшей степени прибегали к альтернативным способам лечения и предпочитали обращаться за помощью к доказательной медицине, при этом выбор часто делался в пользу государственной медицины и поликлинического лечения. Важным для представителей данной стратегии было обращение к социальным аспектам лечения заболеваний и минимизации боли. И именно социальные взаимодействия – общение с врачами и другим медицинским персоналом – выступали основными компонентами лечения для представителей стратегии получения помощи. При этом поведение, сохраняющее здоровье, виделось представителям данной стратегии в своевременной диспансеризации, в своевременном обращении к врачам.

Заключение

Результаты исследования показывают, что индивидуальное здоровье пожилых людей проявляется как относительно сложное соотношение между индивидуальными и социальными ожиданиями и особенностями среды, возрастом, автономностью и материальным положением. Следует отметить, что сам концепт индивидуального здоровья, рассматриваемый в статье, проявляется как эмоционально-целостная форма сознания, зависящая и от социальных, и от индивидуальных факторов. Интерпретация полученных результатов позволила выделить две стратегии сохране-

ния индивидуального здоровья пожилых людей: стратегию самопомощи и стратегию обращения за помощью, которые отличались главным образом тем, что для стратегии самопомощи наиболее значимым выступает эмоциональное представление пожилых людей о необходимости автономии при лечении заболеваний, в то время как для стратегии получения помощи ключевыми факторами были важность оказания медицинской помощи профессионалами и понимание того, что единственно верным способом поддержания здоровья выступает обращение за медицинской помощью в государственные поликлиники.

Стратегия самопомощи связана с автономностью и относительной независимостью от институционализированных медицинских услуг и сервисов, отличающихся, по мнению пожилых, низким качеством, такая стратегия характерна преимущественно для жителей сельских районов. Стратегия получения помощи связана с обращением к институциональной медицине и с отсутствием у пожилых людей автономии в выборе медицинской помощи.

Результаты исследования подтверждают существование специфики выбора стратегий сохранения здоровья пожилыми людьми, который формируется под воздействием специфики различных локаций, влияния среды, собственных взглядов на лечение и качества медобслуживания в месте проживания. Основной проблемой для пожилых людей, проживающих в сельской местности, выступает отсутствие (или часто недоступность) медико-социального обслуживания, что актуализирует поиск альтернативных вариантов лечения заболеваний. Для пожилых сельчан важными провайдерами медицинской помощи выступают местное сообщество и различные неформальные практики, среди которых наиболее распространённой является практика покупки лекарств без назначения врача. Для пожилых людей в крупном городе немаловажным выступает обращение в медучреждения как к единственным и безальтернативным институциональным провайдерам медицинских услуг, и в данном случае доверие к таким провайдерам выше, чем в сельской местности.

Кроме того, нами установлено, что при выборе той или иной стратегии сохранения здоровья значимым выступает понимание важности индивидуальных и социальных аспектов в рамках сохранения здоровья. Так, для представителей стратегии самопомощи основными выступали именно индивидуальные аспекты здоровья, приоритет автономности в лечении. Для представителей стратегии получения помощи ключевыми были социальные аспекты лечения – коммуникация и взаимодействие с врачами, именно на эти факторы здесь в большей степени обращали внимание.

Наконец, нами было отмечено, что материальное положение пожилых людей влияет на их выбор стратегии сохранения своего здоровья. При

этом наиболее низкое материальное положение и нехватка необходимых ресурсов фиксировались у сельских жителей – представителей стратегии самопомощи. Для городских жителей, в основном представителей стратегии получения помощи, материальное положение не было критичным в контексте выбора пути лечения, но они обращались преимущественно к государственной медицине, к первичному поликлиническому звену. Наиболее распространённой в сельской местности была стратегия самопомощи, что обусловлено тем, что у пожилых людей на селе, в отличие от городских жителей, были довольно ограниченные ресурсы, скромные возможности для лечения заболеваний.

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

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Григорьева И. А., Уханова Ю. В. Трансформация социальной политики в России в контексте старения населения / И. А. Григорьева, Ю. В. Уханова, Е. О. Смолева // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12, № 5. С. 124–140. DOI 10.15838/esc.2019.5.65.8. EDN **PYIKCN**.
2. Егоров В. В. Гериатрическая служба России. Основные тенденции развития // Клиническая геронтология. 2007. Т. 13, № 3. С. 67–72. EDN **JHCZGP**.
3. Ткачёва О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 4. С. 31–35. EDN **WJDAYV**.
4. Смолькин А. А. Медицинский дискурс в конструировании образа старости // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10, № 2. С. 134–141. EDN **LDGYFP**.
5. 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 **LDGYVV**.
6. Anttonen A., Sipilä J. European social care services: is it possible to identify models? // Journal of European social policy. 1996. Vol. 6, № 2. P. 87–100. DOI 10.1177/095892879600600201. EDN **JRXAZP**.
7. Burchardt T., Le Grand J. Social exclusion in Britain 1991–1995 / T. Burchardt, J. Le Grand, D. Piachaud // Social policy & administration. 1999. Vol. 33, № 3. P. 227–244. DOI 10.1111/1467-9515.00148.
8. Frank A. W. From sick role to practices of health and illness // Medical Education. 2013. Vol. 47, № 1. P. 18–25. DOI 10.1111/j.1365-2923.2012.04298.x.
9. Social inequality among elderly individuals caused by climate change: Evidence from the migratory elderly of mainland China / Z. Wang [et al.] // Journal

- of Environmental Management. 2020. Vol. 272. P. 111079. DOI 10.1016/j.jenvman.2020.111079.
10. Галкин К. А. Социальная политика активного долголетия в России и государствах всеобщего благосостояния Европы: опыт сравнительного анализа // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2022. Т. 15, № 2. С. 239–252. DOI 10.15838/esc.2022.2.80.15. EDN **UQVRAL**.
 11. Kalache A., Gatti A. Active ageing: a policy framework // Advances in gerontology=Uspekhi gerontologii. 2003. Т. 11. С. 7–18.
 12. Колпина Л. В., Горелик С. Г. Социальное здоровье: сущность, дефиниция и механизмы детерминации индивидуального здоровья (литературный обзор) // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2016. № 26 (247). С. 5–13. EDN **XTDIFB**.
 13. Шабунова А. А. Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика : дис. ... д-ра экон. наук : 08.00.05 / Шабунова Александра Анатольевна ; ИСЭПН РАН. Москва, 2011. 439 с.
 14. Валеев Э. Р., Камашева А. В. Показатели измеримости общественного и индивидуального здоровья // Вопросы экономики и права. 2016. № 102. С. 69–73. EDN **YJKJQV**.
 15. Kim S., Jazwinski S. M. Quantitative measures of healthy aging and biological age // Healthy aging research. 2015. Vol. 4. P. 26. DOI 10.12715/har.2015.4.26.
 16. 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, № 1. P. 78–92. DOI 10.2478/gssfj-2019-0008.
 17. Зеликова Ю. А. Субъективное благополучие пожилых людей (кросснациональный анализ) // Социологические исследования. 2014. № 11 (367). С. 60–69. EDN **TCWERP**.
 18. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being / N. Steverink [et al.] // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2001. Vol. 56, № 6. P. 364–373. DOI 10.1093/geronb/56.6.P364.
 19. Becker C., Kirchmaier I. Marriage, parenthood and social network: Subjective well-being and mental health in old age / C. Becker, I. Kirchmaier, S. T. Trautmann // PloS one. 2019. № 14 (7). e0218704. DOI 10.1371/journal.pone.0218704.
 20. 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**.
 21. Alhojailan M. I. Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation // West east journal of social sciences. 2012. Vol. 1, № 1. P. 39–47.
 22. Kvale S., Brimkmann S. Doing interviews. Second ed. London : SAGE Publications Ltd, 2018. 208 p. DOI 10.4135/9781529716665.

Сведения об авторе

К. А. Галкин

кандидат социологических наук

AuthorID РИНЦ: **850737**

Статья поступила в редакцию 23.11.2022; одобрена после рецензирования 27.01.2023; принята к публикации 10.02.2023.

Original article

DOI: 10.19181/snsp.2023.11.1.9

STRATEGIES FOR MAINTAINING THE INDIVIDUAL HEALTH OF THE ELDERLY: URBAN AND RURAL CONTEXTS

Konstantin Aleksandrovich Galkin

The Sociological Institute of FCTAS RAS,

Saint-Petersburg, Russia,

kgalkin1989@mail.ru,

ORCID 0000-0002-6403-6083

For citation: Galkin K. A. Strategies for maintaining the individual health of the elderly: urban and rural contexts. *Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika*. 2023; 11(1): 157–172. (in Russ.). DOI 10.19181/snsp.2023.11.1.9.

Abstract. The article discusses the features that, in the regional aspect, influence the choice of various strategies for the preservation of individual health by older people. It is concluded that the individual health of the elderly depends on the specific social environment, as well as on individual psychological and physiological factors, on the level of activity and autonomy in decision-making. The study was conducted by the Sociological Institute of the RAS – branch of the FCTAS RAS from March to September 2022 in two regions of the Russian Federation: St. Petersburg and rural areas of the Republic of Karelia. The main research method used was semi-structured interviews, the approach to analysing interview data was thematic. One of the results of the analysis is the identification of specific factors of two health preservation strategies typical for older people: self-help, with distinctive features of autonomy in the social environment, the poor financial situation of representatives of this strategy and their search for alternative methods of treatment; and a care strategy related to older people's trust in institutional medicine, their experience in managing a chronic disease, and their higher financial status. The results of the study allow us to conclude that when choosing a particular strategy, older people are guided by such factors as the level of trust in the social environment in general and professional medicine in particular, individual psychological and emotional aspects of ideas about maintaining one's health and the level of personal material well-being.

Keywords: elderly people, elderly people's health, city, rural area, elderly people's health care

REFERENCES

1. Grigor'eva I. A., Uhanova YU. V., Smoleva E. O. Transformation of social policy in Russia in the context of population aging. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz*=*Economic and social changes: facts, trends, forecast*. 2019; 5: 124–140. (In Russ.). DOI 10.15838/esc.2019.5.65.8.
2. Egorov V. V. Geriatric Service of Russia. Main development trends. *Clinical gerontology*=*Klinicheskaya gerontologiya*. 2007; 13(3): 67–72. (In Russ.).
3. Tkachyova O. N. Modern concept of geriatric care development in the Russian Federation. *Bulletin of Roszdravnadzor*=*Vestnik Roszdravnadzora*. 2016; 4: 31–35. (In Russ.).
4. Smol'kin A. A. Medical discourse in the construction of the image of old age. *Journal of Sociology and Social Anthropology*=*ZHurnal sociologii i social'noj antropologii*. 2007; 2: 134–141. (In Russ.).

5. Grigor'eva I. A., CHernyshova S. P. New approaches to the prevention of social exclusion of the elderly. *ZHurnal sociologii i social'noj antropologii=Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2009; 12(2): 186–196. (In Russ.).
6. Anttonen A., Sipilä J. European social care services: is it possible to identify models? *Journal of European social policy*. 1996; 2: 87–100. DOI [10.1177/095892879600600201](https://doi.org/10.1177/095892879600600201).
7. Burchardt T., Le Grand J. Piachaud D. Social exclusion in Britain 1991–1995. *Social policy & administration*. 1999; 33(3): 227–244. DOI [10.1111/1467-9515.00148](https://doi.org/10.1111/1467-9515.00148).
8. Frank A. W. From sick role to practices of health and illness. *Medical Education*. 2013; 47(1): 18–25. DOI [10.1111/j.1365-2923.2012.04298.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04298.x).
9. Wang Z. [et al.]. Social inequality among elderly individuals caused by climate change: Evidence from the migratory elderly of mainland China. *Journal of Environmental Management*. 2020; 272: 111079. DOI [10.1016/j.jenvman.2020.111079](https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2020.111079).
10. Galkin K. A. The social policy of active longevity in Russia and the Welfare States of Europe: the experience of comparative analysis. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz=Economic and social changes: facts, trends, forecast*. 2022; 15(2): 239–252. (In Russ.). DOI [10.15838/esc.2022.2.80.15](https://doi.org/10.15838/esc.2022.2.80.15).
11. Kalache A., Gatti A. Active ageing: a policy framework. *Advances in gerontology=Uspekhi gerontologii*. 2003; 11: 7–18.
12. Kolpina L. V., Gorelik S. G. Social health: the essence, definition and mechanisms of determination of individual health (literary review). *Actual problems of medicine=Aktual'nye problemy mediciny*. 2016; 36(26): 5–13. (In Russ.).
13. SHabunova A. A. Public and individual health in modern Russia: status and dynamics. Doctoral dissertation. Moscow; 2011. 439 p. (In Russ.).
14. Valeev E. R., Kamasheva A. V. Indicators of measurability of public and individual health. *Voprosy ekonomiki i prava=Economic and legal issues*. 2016; 102: 69–73. (In Russ.).
15. Kim S., Jazwinski S. M. Quantitative measures of healthy aging and biological age. *Healthy aging research*. 2015; 4: 26. DOI [10.12715/har.2015.4.26](https://doi.org/10.12715/har.2015.4.26).
16. 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; 1: 78–92. DOI [10.2478/gssfj-2019-0008](https://doi.org/10.2478/gssfj-2019-0008).
17. Zelikova YU. A. Subjective well-being of the elderly (cross-national analysis). *Sociological research=Sociologicheskie issledovaniya*. 2014; 11: 60–69. (In Russ.).
18. Steverink N. [et al.] The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2001; 56(6): 364–373. DOI [10.1093/geronb/56.6.P364](https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.P364).
19. Becker C., Kirchmaier I., Trautmann S. T. Marriage, parenthood and social network: Subjective well-being and mental health in old age. *PloS one*. 2019; 14(7): e0218704. DOI [10.1371/journal.pone.0218704](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218704).
20. CHernysh M. F. Social well-being and health. *Informational and Analytical bulletin of the Institute of Sociology of the FCTAS RAS=Informacionno-analiticheskij byulleten` Instituta sociologii FNISC RAN*. 2020; 1: 54–74. (In Russ.). DOI [10.19181/INAB.2020.1.4](https://doi.org/10.19181/INAB.2020.1.4).
21. Alhojailan M. I. Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. *West east journal of social sciences*. 2012; 1(1): 39–47.
22. Kvale S., Brimkmann S. Doing interviews. Second ed. London: SAGE Publications Ltd; 2018. 208 p. DOI [10.4135/9781529716665](https://doi.org/10.4135/9781529716665).

Information about the Author

K. A. Galkin

Candidate of Sociology

The article was submitted 23.11.2022; approved after reviewing 27.01.2023; accepted for publication 10.02.2023.