

Здоровый образ жизни в старости

Дмитрий М. Рогозин

РАНХиГС; Институт социологии ФНИСЦ РАН, Москва, Российская Федерация

ORCID: 0000-0001-7879-1111

Рекомендация для цитирования:

Рогозин Д. М. (2024) Здоровый образ жизни в старости. *Социология власти*, 36 (2): 55-77.
<https://doi.org/10.22394/2074-0492-2024-2-55-77>

For citations:

Rogozin D. M. (2024) Healthy Lifestyle in Old Age. *Sociology of Power*, 36 (2): 55-77.
<https://doi.org/10.22394/2074-0492-2024-2-55-77>

Поступила в редакцию: 12.06.2024;
прошла рецензирование: 09.07.2024;
принята в печать: 10.07.2024
Received: 12.06.2024; Revised:
09.07.2024; Accepted for publication:
10.07.2024



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

© 2024 by the author(s).

Резюме:

Статья посвящена осмыслению здорового образа жизни в старости, существенным ограничениям и различиям, возникающим с возрастом и перепределяющим многие базовые представления о здоровье. Статья начинается с обозначения базовых представлений о здоровом старении, которые подвергаются сомнению и уточнению, через аналитический разбор густых интервью (авторская терминология качественного интервью, ближайший аналог которого в русскоязычной среде — глубинное интервью) со стариками. Полевые работы проходили в Республике Хакасия в трех городах: Абакане, Черногорске и Абазе. Всего проведено 12 интервью с пожилыми людьми, которым оказываются услуги длительного ухода. На основании полученных нарративов выделены пять сопутствующих старению состояний: жизнь в болезни; принятие ограничений; одиночество; поддержка и уход от других; эмоциональная подавленность. Через критическое осмысление жизненного мира старения выделены четыре признака здорового образа жизни в старости: внимание к старику, потребность в старике, ценность старения и наличие цели в жизни у старика. Современная социальная политика в России строится лишь

55

Основные положения статьи впервые апробированы на Всероссийском форуме «Здоровье нации — основа процветания России», проводившемся в середине мая 2024 года в Гостином дворе [Рогозин 2024]. Статья написана в рамках выполнения государственного задания на 2024 год. Авторы выражают признательность коллективу Центра «Институт социального анализа и прогнозирования» Президентской академии, редакции журнала «Социология власти», анонимным рецензентам за поддержку и критическое обсуждение основных положений, выносимых на публичное рассмотрение.

на одной компоненте «внимания к старику» (хотя декларируются законодательно и иные компоненты), посредством организации долговременного ухода, разработке и внедрению средств реабилитации, формированию доступной среды. Но важнейшими элементами остаются формирование потребности в старике среди значимых близких (родственников и не только), совместном согласовании, формировании у старика целеполагания в жизни и пропаганда ценности старения как такового. В статье предложена повестка дальнейших исследований, позволяющих точнее сформировать внутреннюю политику в области старения.

Ключевые слова: болезни, густое интервью, здоровье пожилых, ЗОЖ, внутренняя политика, критика клиентоориентированного подхода, медицинское обслуживание, одиночество, система долговременного ухода, социология старения

Healthy Lifestyle in Old Age

Dmitry M. Rogozin

RANEPA; Institute of Sociology of FCTAS RAS, Moscow, Russian Federation
ORCID: 0000-0001-7879-1111

56

Abstract:

The article is devoted to understanding healthy lifestyle in old age, particularly the limitations and differences that arise with age, and may redefine many basic ideas about health. The article begins by identifying basic ideas about healthy aging, which are questioned and clarified through an analytical analysis of dense interviews (the author's terminology for qualitative interviews, the closest analogue of which in the Russian-speaking environment is in-depth interviews) with old people. Field work took place in the Republic of Khakassia in three cities: Abakan, Chernogorsk, and Abaza. A total of 12 interviews were conducted with older people receiving long-term care services. Based on the received narratives, five conditions accompanying aging were identified: living in illness; accepting limitations; loneliness; support and withdrawal from others; emotional depression. Through a critical understanding of the life world of aging, four signs of a healthy lifestyle in old age are identified: receiving attention, being needed, seeing value in ageing, and having a life goal. Modern social policy in Russia is based on only one component of "attention to the elderly" (although other components are also stipulated in law), through the organization of long-term care, the development and implementation of rehabilitation procedures, and the creation of an accessible environment. But the most important elements remain the formation of the need for the old man among significant loved ones (relatives and others), joint agreement, the formation of goal-setting in the old man in life, and the promotion of the value of aging as such. The article proposes an agenda for further research to more accurately shape domestic policies in the field of aging.

Keywords: diseases, dense interview, health of the elderly, healthy lifestyle, internal policy, criticism of the client-oriented approach, medical care, loneliness, long-term care system, sociology of aging

Здоровый образ жизни есть непроблематизируемый, неотчуждаемый и необсуждаемый (по Попперу, если нет критики, то нет и обсуждения) элемент социальной политики [Вершинина, Марсенко, Ситулина 2018; Голубева, Данилова 2011; Зайцев, Артемьева 2016]. Здоровый образ жизни — цель, оправдывающая любые доступные и этически оправданные средства. Никто не решится, разве что смеха ради, в качестве анекдота на дружеском застолье или оправдания собственных привычек, подвергнуть сомнению устоявшееся мнение о пользе здорового образа жизни. В настоящей статье это сомнение будет также отложено, вернемся к нему в другой раз.

Что мотивирует стариков придерживаться здорового образа жизни? Почему одни ведут здоровый образ жизни, другие — несмотря на все издержки, боли, риск тяжелых заболеваний, немощи, ранней смерти — игнорируют, отказываются от контроля за собственным здоровьем?

Ответы лежат на поверхности: по незнанию, бедности, отсутствию инфраструктуры.

Во-первых, люди с низким образованием, мало читающие, мало путешествующие, не встречающие альтернатив жизни, не имеющие опыта планирования и принятия решений, не способны понять и принять ценность здорового образа жизни, незначительность тех ограничений, в сравнении с теми возможностями, которые они открывают.

Во-вторых, люди с низкими доходами, расходы которых на питание составляют большую часть семейного бюджета, люди в долговых обязательствах, с наличием иждивенцев даже в старости, в лице непутевого сына или дочери с подрастающими внуками, не склонны задумываться о своем здоровье. Такие скажут — бедный, потому что старый [Смолькин 2011: 275]. Людям трудно заботиться о здоровье, когда каждый рубль на счету.

В-третьих, люди, проживающие в населенных пунктах, где нет нормальных дорог, пунктов дневного пребывания, геронтологических кабинетов, помощников по уходу и социальных работников, где нет соответствующей инфраструктуры, не имеют возможности вести здоровый образ жизни, не с кем и не с чем.

Все три ответа настолько очевидны, что не нужны никакие социологические исследования. Следует прекратить обсуждения, следует начать что-то делать: предпринимать меры, выделять бюджеты, наказывать нерадивых и премировать старательных, умеющих обеспечить условия для образования, доходов и инфраструктуры тем, кто в этом нуждается.

На самом деле каждое из этих утверждений не соответствует в точности тому, что обнаруживается в научных исследованиях. Уровень образования не всегда влияет напрямую на здоровый об-

раз жизни. Хотя зависимость здорового образа жизни от уровня образования подчеркивается во многих исследованиях [White et al. 2015], физическая зарядка, отказ от вредных привычек, регулярные прогулки и регулярный прием лекарств куда больше зависят от близкого окружения, нежели от образованности стариков. В полевых исследованиях зачастую сталкиваешься с тем, что люди с низкими доходами ведут более здоровый образ жизни, нежели с высокими. Материальная составляющая для стариков важна, но чаще как способ поддержать родственников, помочь детям, внукам, правнукам. Люди, проживающие в шаговой доступности от центров дневного пребывания, поликлиник, проживающие рядом с парками, в центре больших городов с разнообразными досуговыми центрами, театрами, ресторанами, не чаще и не больше, чем жители деревень и малых городов, гуляют, наряжаются, встречаются с друзьями. Знание, богатство и инфраструктура важны, но не они выступают основными факторами здорового образа жизни.

Если не они, то что стимулирует стариков заниматься своим здоровьем, точнее, нездоровьем?

58

Начать следует с постановки под сомнение самого понятия здоровья, с вопроса о том, что есть здоровый образ жизни в старческом возрасте? И тут нас ждет очередное разочарование в здравом смысле, поддержанном юридическими документами. Здоровье у нас, как и во всем мире (см. критику текущих представлений о здоровье: [Huber, Knottnerus, Green et al. 2011]), определено как состояние, *при котором* (курсив наш. — Д. Р.) отсутствуют заболевания: «здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» (п. 1 ст. 2, 323-ФЗ)¹. Так и написано в первой части: «при котором». И далее, вторым пунктом охрана здоровья — это система мер «в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека» (п. 2 ст. 2, 323-ФЗ). Но что укреплять у стариков? В такой формулировке у них нет и не может быть «здоровья». Старики болеют, страдают, переживают последствия множества заболеваний. Это состояние описывает специальный термин — «полиморбидность», или одновременное развитие нескольких хронических заболеваний, жизнь в болезни и болях (см. подробнее: [Григорьева, Келасьев 2017: 245; Rogozin 2018; Смолькин 2007]), следствием такого состояния становится

1 323-ФЗ. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011.

полипрагмазия, или одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов, побочные эффекты от которых часто принимаются за симптомы новых болезней [Jennings, Doherty, Clyne et al. 2024]. Но наличие полиморбидности и полипрагмазии у стариков де-факто отрицается с первых строк закона об основах охраны здоровья, в котором охраняется то, чего у стариков попросту нет.

Мы привычно говорим о здоровье не только как о целевой функции социального обслуживания, но и как об общем фоне жизни человека. Однако старый человек живет в ситуации нездоровья, потому нормативные документы, разговоры врачей, пересуды родственников создают некоторый двойственный формат отчуждения. Разговоры ведутся о том, что отсутствует. Старик живет в болезнях, разговоры о здоровье вызывают лишь улыбку или сожаление. Поэтому и концептуальное осмысление должно проходить в представлениях о нездоровье и адаптации к нему. Это первый смысловой шаг к сокращению коммуникативных разрывов в сфере долговременного ухода. Второй шаг — рассмотрение реального, а не надуманного образа жизни, который присущ старикам. Посмотреть на жизнь, почувствовать, прожить и пережить происходящее через старческую немощ и боль — задача социального исследования старения, основной мотив для написания статьи.

59

Метод исследования

Отбор респондентов для интервью проходил в рамках административной процедуры определения доступных единиц наблюдения. Изначально согласована анкета и сроки проведения исследования в Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации. Затем в отобранный регион (Хакасию) направлен запрос в региональное министерство социальной защиты, где определены параметры предполагаемых респондентов: обозначен желательный возраст старше 85 лет, вариативность по состоянию здоровья и потребностях в уходе, от полностью неподвижного состояния и острой нуждаемости в долговременном уходе до относительно самостоятельного удовлетворения базовых потребностей. Все респонденты являются получателями того или иного набора социальных услуг или состоят в экспериментальной программе по долговременному уходу. Наиболее тяжелые по состоянию здоровья не могли поддерживать разговор и в интервью активно участвовали близкие родственники, оказывающие уход.

Всего состоялся разговор с 12 пожилыми людьми из трех городов Хакасии: Абакана, Черногорска и Абазы, по 4 человека в каждом городе (таблица 1).

Таблица 1. Список информантов
Table 1. List of informants

№	Город	Пол	Год рожд.	Состояние
1	Абаза	жен	1935	Ходит с палочкой, самостоятельна в гигиене, на улицу не выходит, поддерживает долгую беседу.
2	Абаза	жен	1927	Живет с дочерью, полностью зависима, речь замедленная, путается, не может долго общаться.
3	Абаза	жен	1932	Очень больные ноги, почти не передвигается, помогает сын. Жалобы на сильные боли.
4	Абаза	жен	1939	Из дома не выходит. Лежачий муж, за которым ухаживает. Жалобы на головные боли, с гигиеной справляется самостоятельно.
5	Абакан	жен	1936	Плохо слышит, почти не двигается, может дойти до туалета, частые падения. Живет одна, навещает дочь.
6	Абакан	муж	1942	Парализован, ухаживает жена. Инвалидность уже много лет. На улицу не выходил несколько лет.
7	Абакан	муж	1933	Очень плохо видит, была операция на глаза, которая восстановила на время зрение. Диагностирован рак. Ходит самостоятельно гулять с палочкой.
8	Абакан	жен	1938	Парализована, сильные боли. Есть пролежни. Ухаживает сын.
9	Черногорск	муж	1935	Деменция. На вопросы отвечать не может. Живет в доме сына. Разговор состоялся с невесткой.
10	Черногорск	жен	1934	Парализована. Ухаживает дочь. Речь путаная, деменция. Поговорить удалось с дочерью.

11	Черногорск	жен	1932	Передвигается по дому с посторонней помощью. Сама в туалет ходить не может. Живет с дочерью. Деменция.
12	Черногорск	муж	1936	Парализован на одну сторону. Может сидеть на кровати. Ухаживает жена. Избегает врачей, поскольку, с его слов, допущены грубейшие врачебные ошибки, которые и привели к текущему состоянию.

Все респонденты весьма негативно отзываются о своем здоровье, подавлены, не проявляют интереса к жизни, критикуют медицинское обслуживание, с большим интересом рассказывают о прошлом, чем о настоящем.

Поскольку все респонденты являются получателями социальных услуг и в их домах и квартирах убираются социальные работники, в целом в помещениях чисто и ухоженно. У всех есть туалет в доме, горячая и холодная вода. Родственники стараются поддерживать чистоту тела, лежачих моют примерно один раз в неделю, в остальное время обтирают.

61

Во время интервью, как правило, присутствовали либо социальный работник, либо член семьи. Только два интервью в Абазе проводились наедине с пожилыми женщинами. Интервью проходили в доброжелательной атмосфере, пожилые и их родственники были открыты для вопросов. Только в одном случае был вызван участковый, поскольку сын оказался подозрительным и не поверил социальному работнику о намерениях визита. Инцидент был исчерпан после предоставления документов и вмешательства службы социальной защиты города.

Все разговоры с пожилыми записывались на диктофон. Предварительно было получено согласие как от них самих, так и от родственников, присутствующих при разговоре. Однако согласие самих пожилых нельзя назвать информированным. Они не вдавались в подробности исследования, не понимали задач, удивлялись приезду из Москвы, и скорее воспринимали происходящее как некоторое обязательное мероприятие, инициированное Службой социальной защиты. В Абазе разговоры приходили без представителя службы, в Черногорске и Абакане присутствовали представители от государственного учреждения. Это не влияло на характер разговора. Они не мешали, в некоторых случаях помогали уточняющими вопросами. Но сам факт присутствия иных лиц, контролирующих исполнение функций помощника по уходу или социального работника, следует учитывать при интерпретации

нарративов. По типу интервью его скорее можно назвать фокусированным с элементами административного, нежели этнографическим или глубинным.

Все аудиозаписи были расшифрованы с помощью системы искусственного интеллекта «Писец» (<https://pisec.app/>) и затем проверены на корректность расшифровки. Исправлены ошибки, дополнены имена. Затем для сохранения анонимизации повествования из транскриптов извлечены краткие фрагменты в пересказе аналитика. С одной стороны, сохранялась особенность речи, переживания и важнейшие смысловые блоки рассказчика, с другой — полученный текст уже не принадлежит ему. Создается некоторая дистанция между высказанным в интервью и записанным аналитическим фрагментом, которая позволяет решить проблему неполной анонимизации, исключить любые негативные последствия от невольной идентификации говорящего его близкими, в случае прочтения статьи. Пожилые люди защищены от любого некорректного использования результатов взаимодействия с ними, поскольку сняты не только идентификаторы личности, но и сам текст не может быть соотнесен с конкретным информантом.

62

Такое интервью можно назвать густым (по А. П. Чехову)¹, а способ обработки интервью — сгущением. То есть аналитическая работа направлена на то, чтобы в компактной, небольшой форме отразить порой многочасовой нарратив, многие горести и боли собеседника.

1 Представление о густом интервью сформировалось у автора статьи в командировке на Сахалине, после ознакомления с наследием Чехова и его интерпретацией сахалинскими социологами. Густое интервью — это метод качественного исследования, построенный на вдумчивом отношении к речи собеседника, вымарывания из нее всего лишнего и проходного, сгущения смыслов и нивелирования домыслов, сохранения авторского стиля и удаления речевых штампов, просочившихся в беседу из телевизора. Основная характеристика густого интервью — выразительность мысли, а не речи, замена авторского многословия и многоречия несколькими точными словами, обнаруженными в беседе. Это совместное формирование смысловых полей, трансформирующих локутивные высказывания в иллокутивные, а иллокутивные в перлокутивные. Густое интервью есть гуща речевых намерений, выявленных в ходе продолжительной беседы, в которой интервьюер и респондент меняются местами, в которой уместней говорить об участии и сотворчестве, нежели о передаче информации и восприятии, в которой мысль загущается, обогащается, наполняется новым, дотоле неосознанным содержанием. Термин густоты впервые начал использовать Антон Павлович Чехов, который любил, по словам Михаила Меньшикова, чтобы было «густо» написано: немного, но многое. В этом немногом раскрываются не только мысли и чувства говорящих, но формируются новые вопросы, условия для продолжения разговора, для включения в него новых участников.

Тем самым создается густота нарратива, раскрывающего, пусть в административном контексте, особенности жизненных миров собеседников, без сокрытия влияния интервьюера, с обязательным представлением позиции спрашивающего.

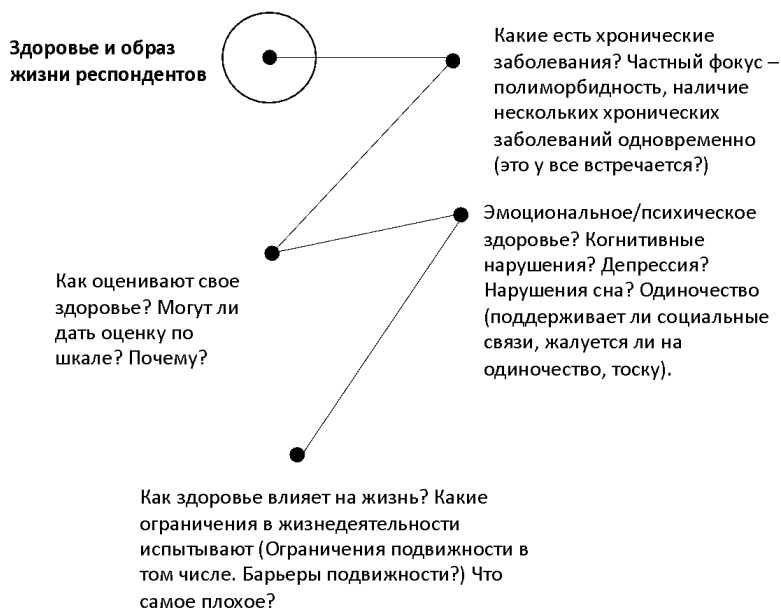
Короткие тексты составлялись по транскриптам интервью с частичным прослушиванием аудиозаписей. Это позволяло не только следить за содержанием речи, но и не терять тональность, аудиоконтекст высказывания. Звучащая речь никогда не может быть адекватно передана в тексте, поэтому выявление смысловых паттернов продуктивней проводить в гибридном формате через анализ речи и текста¹. Тексты писались последовательно по мере анализа интервью, нумеровались и соотносились с исследовательскими вопросами. Всего было написано около 200 коротких текстов, из них на втором этапе под текущий исследовательский вопрос отобрано 15, которые систематизированы и приведены ниже.

Затем к блоку исследовательских вопросов, отражающих здоровье и образ жизни респондентов (рис. 1), составлена схема, с одной стороны, структурирующая наиболее характерные ответы, с другой — создающая уникальный, схематический исследовательский отклик на поставленный исследовательский вопрос (см. рис. 2). Полученная схема выступает навигатором для прочтения густых аналитических пересказов из собранных интервью, обобщает и структурирует собранный материал.

Не на все исследовательские вопросы удалось получить исчерпывающие ответы. Однако общий фон качественного исследования позволил уйти от объективации жизни стариков, представить субъектную картину мира, в которой страхи, сомнения, боли и непонимание окружающих составляют большую его часть. Задача социального исследователя — не поставить диагноз, а передать субъективно-полагаемые смыслы, определяющие и структурирующие жизнь других. Пожилые люди во многих отношениях другие, в том числе самим себе, то есть зачастую они воспринимают себя моложе, не могут принять текущие ограничения, не принимают

1 Аналогичный прием был неоднократно апробирован автором статьи в других исследованиях, посвященных старению (см., например: [Рогозин 2021]). Мотивированный аналитический пересказ услышанного отсылает к давней традиции этнографических исследований, когда отсутствовали инструменты жесткой фиксации высказываний и требовалось пересказать услышанное. Когда-то это воспринималось как недостаток полевой работы, приводящий к неизбежным потерям информации; сейчас пересказ, переложение услышанного может трактоваться как достоинство, более адекватный и безопасный для информанта аналитический продукт.

себя постаревших и немощных. Задача исследователя — через разговоры, тексты, понимание — сократить дистанцию, преодолеть отчуждение и сформировать понимание, разделяемое всеми участниками процесса долговременного ухода.



64

Рис. 1. Пространство исследовательских вопросов об образе жизни и здоровье.

Fig. 1. Space of research questions about lifestyle and health.

Метод густого интервью не противостоит и не соперничает с известными и привычными методами глубинного, биографического, нарративного или фокусированного интервью. Не идет речи ни о приоритете густых описаний, ни об особых, дополнительных смыслах, которые извлекаются благодаря применению этого подхода. Густое интервью относится к качественным методам исследования и не отличается по базовым методологическим принципам от приведенных видов интервью. Единственное отличие, которое следует учитывать, — это прямое включение исследователя в процесс формирования аналитических (густых) описаний, фрагментов разговоров, в которых он принимал непосредственное участие. Интервьюер как бы принимает на себя всю ответственность за сказанное, снимает с респондента риски возможных неверных трактовок, представляет себя рассказчиком историй, которые ему пришлось выслушать, в формировании которых он принял активное участие.

Основной прием густого интервью — сгущение и обогащение полученных сведений накопленным до того опытом, сопоставление или противопоставление услышанного здравому смыслу, собственным представлениям. Исследователь не копирует фрагменты диалогов, а преобразует их в осмысленные и логичные высказывания. Не отходя от канвы разговора, он использует художественные приемы обработки речи, хорошо разработанные классиками русской литературы, в частности А. П. Чеховым. Это не потеря научности и не уход от достоверности, а сформированная, переосмысленная и сгруппированная в компактные описания суггестивная форма подачи материала.

Результаты

Смысловая жизнь пожилых разворачивается вокруг двух основных осей: воспоминаний о прошлом и переживаний текущей немощи и нездоровья. Старость — это время принятия и адаптации к боли и болезням. Насколько полным оказывается приспособление к боли, настолько стойким, ироничным становится образ жизни старика.

65

Из рассказов пожилых собеседников о текущей жизни выделяется пять основных повествований. Во-первых, жизнь в болезни, или переживание и привыкание к боли, отказ от оценки своего здоровья, даже непонимание вопроса о здоровье, смирение перед невозможностью как-то исправить текущую ситуацию. Во-вторых, принятие различных ограничений, связанных с подвижностью, питанием, гигиеническими процедурами и т. д. В-третьих, принятие поддержки других, без которых немыслима жизнь в старости. Это родственники, проживающие вместе со стариками или навещающие их, соседи, немногочисленные друзья, социальные работники, знакомые врачи и медсестры, помощники по уходу. В-четвертых и в-пятых, мы имеем дело с крайне негативными представлениями о жизни: эмоциональной подавленностью и одиночеством (рис. 2).

Ниже представлены пятнадцать густых описаний, определяющих пять значимых областей жизни в болезни и представлении, восприятии ее самими стариками и их окружением (см. рис. 2). Описания выполнены в бытовой, разговорной лексике, с сохранением особенностей коммуникации с пожилыми людьми.

1. Без заданий нельзя

Ковид маму подкосил, не столько болезнью, сколько полной изоляцией, недостатком общения. Потому пришлось задания придумывать. Летом на даче живем. Там у мамы огород. Здесь картофель садим, несколько грядок сделали. Она: Ой, ничего не буду делать.

Я ей: Мама, война! Будет голод, надо работать! Мама посадила морковь и свеклу, капусту. Рассаду ей дала. Плюс возле дома цветы. Недели две с половиной она гладиолусы, глицинии садила, потом ухаживала за ними. Была забота, что-то делать надо было, а не просто сидеть и в одну точку смотреть. Поэтому я маме даю задания. Летом проще, зимой сложнее. Но без заданий нельзя, быстро руки опускает иначе.

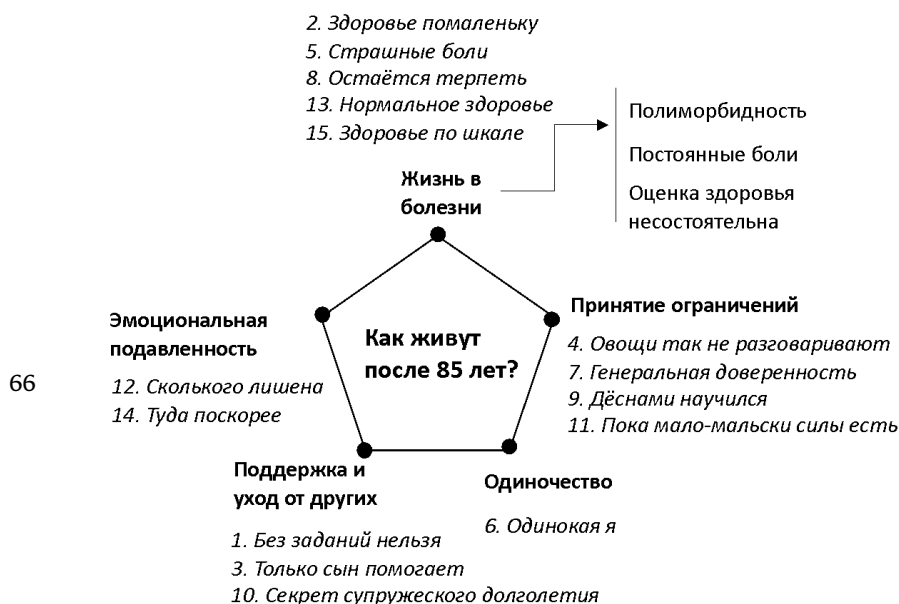


Рис. 2. Пять сопутствующих старению состояний.

Fig. 2. Five conditions that accompany aging.

2. Здоровье помаленьку

По анкете надо получить субъективную оценку здоровья. Спрашиваю старушку девяноста двух лет, как оцениваете свое здоровье? И далее диалог, в котором, понятно, есть кое-какое здоровье, но что его оценивать:

- Как здоровье оцениваю? Я же в Совете ветеранов до сих пор.
- Да?
- Конечно, сейчас уже всё, и я уже, собственно говоря, не могу.
- Но я вижу, по дому ходите.
- Хожу.
- На улицу выходите?
- Выхожу, а как же.
- А здоровье как?

— Как-то так, помаленьку.

Не стал дальше уточнять. Помаленьку здоровье. Не жалуется, жизнь прошлую вспоминает, двигается в меру сил и разговор под-держивается, не протокольно, не по бумажке, а от души, по-людски.

3. Только сын помогает

Больная женщина на девятом десятке. Ноги не ходят, сердце боль-ное, диабет, давление скачет, онкологию ставили, но как-то сама ушла. Говорит, другие болячки заглушила. Спрашиваю, помогает ли кто?

— Только сын, никто, кроме сына, не помогает.

— Никто?

— Кому мы, старухи, нужны? Только на сына надежда.

— А соцработник к вам ходит?

— Да, в эту неделю была, убиралась, мусор выносила, в магазин ходила за продуктами, лекарства купила. Окна должна помыть, потеплело бы только.

— Давно к вам соцработник ходит?

— Давно, много их у меня перебывало. Не первый год. Не помню уже ничего. Знаю лишь одно: только сын помогает во всем. Никому мы не нужны, старухи.

4. Овощи так не разговаривают

— Когда в последний раз на улицу выходили?

— Несколько лет назад. Не помню уже, когда. Как заболела, пять лет, наверное, сильно, так и сижу дома. Так что какая улица? Сижу и сижу. Привыкла уже.

— В туалет, в ванную сами или кто-то помогает?

— Куда я сама? Я овощ, теперь во всем помогают.

— Ну сознание у вас какое! Овощи так не разговаривают.

— В ванную я не могу забраться. Внучка приедет, помогает помыться.

— Как часто бывает? Раз в неделю получается помыться?

— Что вы, дай бог раз в месяц помоюсь, стараюсь не реже, но как уж получится. У внучки своя жизнь, неловко отвлекать на себя.

5. Страшные боли

Полгода назад приключился герпес. Врачи сказали. Рука до сих пор парализована. Была здоровая, везде бегала, на пятый этаж без всяких проблем. Врачи говорят, иммунитет слабый. Страшные боли были. Приходили, уколы делали. Сразу высыпания начались. Пришла к участковому, говорю, руку не могу держать. Врач подумала, остеохондроз, выписала ибупрофен. Высыпания дальше по-шли. Меня к дерматологу. Та говорит, два дня вас полечу, и расчи-тываюсь, не буду больше работать. Уколы, мази разные выписала. А у меня в ухо стреляет, в шею, зубы болят и голова. Просто ужас. Страшные боли были. Теперь обезболивающие пью, полегче стало, но левой рукой так ничего делать и не могу.

6. Одинокая я

Сиделка мне нравится. Сердечная она. Кормит, варит иногда. В выходные, правда, все дочь делает, если что-то надо. А так ухаживает нормально, сердечно. Чувствую, что хорошо относится. А соцработница ничем от врачей не отличается. Приходит, здоровается. Моет полы, пыль протирает, убирается — и уходит. Здравствуйте и до свидания — все наше общение. Что делает она, толком и не знаю, сиделка с ней все дела ведет. Ее спрашивать надо. Сейчас память никакая у меня, все забываю. Раньше командир была, со всем справлялась. Теперь не хочу ничем заниматься, вот ничем. Телевизор не радует, соседки, кто умер, кто уехал. Одинокая я осталась, сама себе не рада.

7. Генеральная доверенность

— Сейчас дочь всем распоряжается. Деньги ей отдала. Доверенность сделала официально, генеральную: она распоряжается моей сберкнижкой, в общем, всеми моими деньгами.

— Как грамотно поступили. А чья инициатива была: дочери или ваша?

— Моя.

68

— Большая редкость. Очень мудро поступили.

— Теперь ничем таким не занимаюсь: ни в банк не хожу, никуда ничего не плачу. Все она делает. Официально все оформили.

У всех, кто живет долго, наступает время, когда он или она не может самостоятельно разбираться со счетами, оплачивать услуги, принимать решения. Время это вроде наступает неожиданно, разом, но его наступление неизбежно, а потому вполне ожидаемо. При этом редко инициатива идет от самих стариков.

8. Остается терпеть

Здоровье у меня очень плохое. 87 лет. Суставы болят, хожу плохо, только с палочками. В 85 еще на даче работала и враз сдала, ментально прямо. Ничего вроде не случилось, а здоровье все хуже и хуже, само по себе. И лечить некому. Медицина не берет к себе. Всю жизнь была здоровая как конь, никаких болезней. А тут такие боли в суставах начались. Мази выписали, и на этом все. Жидкая мазь, густая мазь, мазик еще один. Натираемся, греюсь по два часа. Боль снимает, а потом снова, будто и не было ничего. Сказали, что в моем возрасте операции уже не делают. Остается терпеть.

9. Деснами научился

— Как у вас дела с зубами?

— Зубов нет.

— А что со стоматологом?

— Ой, это проблема. На дом категорически никак, хоть какое у тебя состояние. А так возили на коляске. Но рассказывать не хочется. Нехорошо как-то на врачей жаловаться, как бы ябедничаем (*смеется*).

— Почему проблема?

— Врач попался такой, не захотел возиться. Че попало сделал, что все падало. Ни разу и не поел. Два или три раза еще ходили, что-то подпиливал, но ничего толком не сделал. Тяжелые, не держатся, так и валяется до сих пор.

— А в другую клинику не обращались?

— Нет, решили — хватит.

— Как же жевать?

— Деснами уже научился (*смеется*).

10. Секрет супружеского долголетия

— С мужем 56 лет вместе. Я в пединституте училась, он — в музыкальном училище. Подрабатывал, на баяне играл на танцах. Там и познакомились. Но два года так прожили, так что по документам в браке 54 будет.

— В чем секрет такого долголетия супружеского?

— Пусть он расскажет, — смеется, показывает на мужа.

— Не курим, пьем в меру, болеем вместе (*улыбается*).

Вновь жена подхватывает:

— У нас у всех как-то так. Сестры все с одними мужьями. А еще лук, чеснок головками едим вместе. (*Смеется*.) А уж как черемша пойдет, обедаемся. Тут и ковид нипочем, семейная жизнь крепкая, другим не по ноздрям.

— Теперь понятно! (*Смеется*.)

11. Пока мало-мальски силы есть

— Почему услугами не пользуетесь? Можно добавить услуги. Соцработник будет, пока все не сделает. Уборка, помочь помыться, за продуктами сходить.

— Это ему все положено? — показывает на мужа.

— Конечно, он же инвалид первой группы.

— Да? Я-то сама, еще мало-мальски силы есть. Подумала, потихоньку все сделаю. Вроде как-то нехорошо людей обременять. Приходила соцработник, говорит, давайте я буду делать. А я: зачем?

— Поберегите свое здоровье, время. Вам же все это положено, бесплатно. Не знаю, почему вы отказываетесь?

— Я думаю, если еще могу, шевелюсь, как-то справлюсь.

Это жена говорит, он молчит. Если ориентироваться только на запрос, так и будут в семье как-то сами справляться, пока мало-мальски силы есть.

12. Сколького лишена

Буквально недавно вроде все случилось. Что-то замкнуло. Слегла. А началось со смерти сына, в 2007-м погиб. Муж еще живой был, переживали очень. Конфликты пошли, пил он очень, меня обвинял во всем. А я его нигде, никогда, ни в чем не подводила. А тут сына нет, больно. Плохо очень стало, немоготу. С тех пор

что-то надломилось. Болячки полезли. Потихоньку-помаленьку дожила до сегодняшнего состояния, а в молодости комсомолом занималась, была депутатом. Во все вникала, всем интересовалась, всем помогала. Такие дела делала. Была живым человеком, во всем живым. Себя во всем находила, во всех. Ловлю себя сейчас, сколько я лишена.

13. Нормальное здоровье

— Как вы оцениваете свое здоровье — как отличное, хорошее, нормальное, плохое или очень плохое?

— Здоровье?

— Да.

— Норма-а-а-альное у меня здоровье. Слепой, глухой и онкология вдобавок.

14. Туда поскорее

Кто придет, как вы, поговоришь, вроде жить охота. Один останусь, думаю: ну зачем я такой существую? Ну зачем? Хожу с батожком, хожу помаленечку, людям мешаю. Чуть-чуть иду, дорогу заграждаю. Ну сидел бы дома, дед, скажут. Я и сам молодой сказал бы такому деду: чего ты шарисься, иди и сиди дома. Друзья все повымерли, родня повымерла — никого вообще, никого в живых. Один остался. Сын погиб. С дочкой только друженько живу, но у нее своих забот хватает, своя жизнь есть, не до меня, а заботится. Зачем ей жизнь разменивать? И мне зачем жить одному? Кому нужен такой долгожитель? Тоже надо туда поскорее.

15. Здоровье по шкале

Стандартизированные анкеты — основной инструмент доказательной политики. Ни пожилым, ни больным от этого не уйти. Наиболее распространенный инструмент для оценки здоровья, по версии экспертов НИУ ВШЭ, — это анкета EQ-5D-3L [Анкета 2023]. Вопросов всего шесть. Последний — об оценке здоровья по 100-балльной шкале. Попробовал задать его женщине 88 лет. Вот что получилось:

— Если о вас говорить, как вы сегодня оцениваете свое здоровье?

— Здоровье?

— Да. Вот если от 0 до 100 баллов. Сколько баллов вы бы поставили?

— Моего здоровья?

— Да.

— Да. От нуля до десяти?

— До ста. Сто — это великолепное, лучше некуда, а ноль — это ну боль, все уже, ничего.

— Ну здоровье... Ну когда вот я... Ну как я? Вот я не знаю сейчас, я вам не могу сказать, сколько процентов у меня этого, моего здоровья. До нуля, до ста. Ну здоровье, как говорится, ну хожу на... Это. Хожу.

Обсуждение

Где бы мы ни проводили исследование, кого бы мы ни опрашивали, обыденные представления легко подтвердить: экономический статус, уровень образования, привычка к физическим нагрузкам и упражнениям, а также крепкие социальные связи — основные предикторы здорового образа жизни в статистических моделях (см., например: [Liu, Su 2016]). Однако за этими, статистически значимыми выводами скрываются лишь статистические образы старости, за которыми есть истина, но мало правды.

А правда скрывается в сетованиях, поступках и отчаянии стариков, которые изо дня в день слышат родные, соседи, социальные работники, помощники по уходу. Слышат и списывают на возраст, испортившийся характер, осложнения со здоровьем. Списывают и пытаются как-то исправить, что могут, исходя из общепринятого и статистически подтвержденного, но не принятого самими стариками, не подтвержденного в их повседневных практиках, не укорененного в их привычках.

Правда старения заключается в том, что здоровый образ жизни на деле оборачивается адаптацией к жизни нездоровой по меркам среднего возраста, но единственно возможной, правильной по меркам возраста старшего. «А здоровье как?» — спрашиваю. «Как-то так, помаленьку», — слышу в ответ (см. выше № 2, здесь и далее номер фрагмента). Рассказ о болях невозможно остановить, но невозможно и продолжать (№ 8), об этом очень тяжело слушать. Осознаешь, что ни ты, ни врачи не могут купировать боль, вернуть то, утраченное. И одновременно чувствуешь, что за этой болью стоит человек, со своим достоинством, памятью (пусть во многом в прорехах и пропусках), представлениями о красоте, долге, чести. Он не просто терпит, он проживает и переживает то, что многим еще предстоит пережить. Нормальное состояние (№ 13), нормальное здоровье определяется не отсутствием боли, а способностью ее принимать, адаптироваться к ней.

Старики принимают или не принимают боль, а близкие, родственники и более молодые соседи принимают или не принимают стариков, поддерживают или не поддерживают, находятся рядом или держатся поодаль, помогают или имитируют помощь. Им на помощь приходят хитрости и уловки: можно сослаться на необходимость, сформировать задание (№ 1), быть рядом, когда это так необходимо (№ 3), смеяться их смехом (№ 10), поддерживать их счастье, а значит, и свое. Одновременно понимать, что сами они не попросят, будут избегать помощи, стыдиться своей немощи, стараться не быть обузой (№ 4). Отсюда привычные разговоры о запросах и желаниях не работают со стариками, как не работает общая риторика

клиентоориентированности, направленная исключительно на пожилого как индивида, как человека, самостоятельного, принимающего решения, выбирающего, с благодарностью принимающего и оценивающего предоставляемые социальные услуги.

«Здоровье пожилых людей в основном определяется качеством окружающей среды и условиями жизни в обществе, в котором они живут», — утверждают Дин и Холштейн [Dean, Holstein 1991: 343]. Генетика, личные достижения, ответственность, запросы важны, но гораздо важнее социальное окружение, среда. Здоровое старение — это не задача старика, которую помогают осуществить родственники через заботу и государство через социальную политику ухода. Субъект здорового старения не старик, а семья (№ 10), в которой он проживает, частью которой является. Субъект здорового старения — это круг значимых близких, в который могут входить родственники, соседи, социальные работники, сотрудники коммерческих и некоммерческих организаций, осуществляющих уход. Социального в старении намного больше, чем представляется. Счастливая старость определяется реальной, а не мнимой социализацией, в которой ответственность за здоровье разделяется всеми участниками, а не оправдывается запросами на здоровый образ жизни и клиентоориентированными ответами. Другими словами, за вполне осмысленной и здоровой (для среднего возраста) риторикой долговременного ухода, основанной на удовлетворении потребностей пожилых людей, скрывается перекладывание ответственности и самооправдание. С такой установкой помочь можно лишь тем, кто уже преодолел порог отчаяния, осознал и принял свою немощь, или тем, у кого есть близкие, которые могут сформировать этот запрос за него. Одиноким, покинутым, отчаявшимся старикам остаются вне поля зрения клиентоориентированного долговременного ухода, а значит, и вне системы помощи и поддержки.

В сопереживании, сопроживании сокрыта, пожалуй, важнейшая компонента здорового образа жизни, которая больше статистических, социально-демографических факторов, больше стандартизированных ответов. Здоровый образ жизни просматривается не в дипломах, банковских счетах и формальных договорах со службами социальной защиты, а во внимании к старику со стороны близких и значимых, в осознании ими потребности в старике (см. подробнее о значимости социальной поддержки для профилактики и преодоления заболеваний: [Rodin, Salovey 1989: 543, 559; Smith, Christakis 2008]). Не потому, что вырастили, дали образование, поддерживали, вывели в люди, а потому, что здесь-и-сейчас близкий человек старшего возраста наполняет смыслом и твою жизнь, делает тебя чуть большим, значимым, сильным.

Старость не самостоятельна, старики не индивидуальны, их силы черпаются через ближайшее окружение, и через потребность в них близких определяется как цель их жизни, так и ценность старения, позитивный образ старости [Крупина, Петраш 2023: 4], психологический комфорт и удовольствие от жизни [Адрианов 2011: 112]. Индивидуализм в старости сменяется коллективизмом, человек экономический уступает место человеку социальному. А значит, и объяснительные модели должны подстраиваться под изменившееся социальное восприятие жизни, приходящее со старением. То, что хорошо для среднего возраста, не годится для старика, что подтверждается отчетными показателями, далеко не всегда оказывается жизнеспособным в быту и повседневности.

Итак, здоровый образ жизни в старости — это осмысленная жизнь в окружении значимых, близких людей. Заниматься своим здоровьем подталкивает старика не боль, не образование, не деньги, а родные и осознание важности, осмысленности своей текущей жизни, проходящей в постоянном преодолении боли, в принятии немощи. Можно выделить четыре детерминанты здорового образа жизни: (1) внимание к старику, (2) потребность в старике, (3) наличие у него жизненной цели, (4) наличие разделяемой им и близкими ценности старения. Интуитивно эти детерминанты понятны, но как их измерить, как учитывать в социальной политике, как согласовать с текущими обоснованиями и утверждениями — серия больших вопросов, раскрытие и обсуждение которых задача не будущего, а настоящего, задача не их, а наша. Старики для нас важнее, чем мы для стариков.

73

Заключение

Выделив из разговоров со стариками пять типичных состояний, сопутствующих старению, следует определить направления адаптации к особенностям старения, которые определяют поведение социальной группы, несущей ответственность за здоровый образ жизни. Именно ответственность перед собой и значимыми близкими объясняет важность и осмысленность старения даже в немощи и болезни, важность присутствия стариков в социальном окружении разных поколений.

Пять состояний, сопутствующих старению, покрываются четырьмя признаками здорового образа жизни в старости, которые не возникают из клиентоориентированной парадигмы, а конструируются посредством совместной деятельности заинтересованных в счастливом старении членов одной социальной группы (рис. 3).

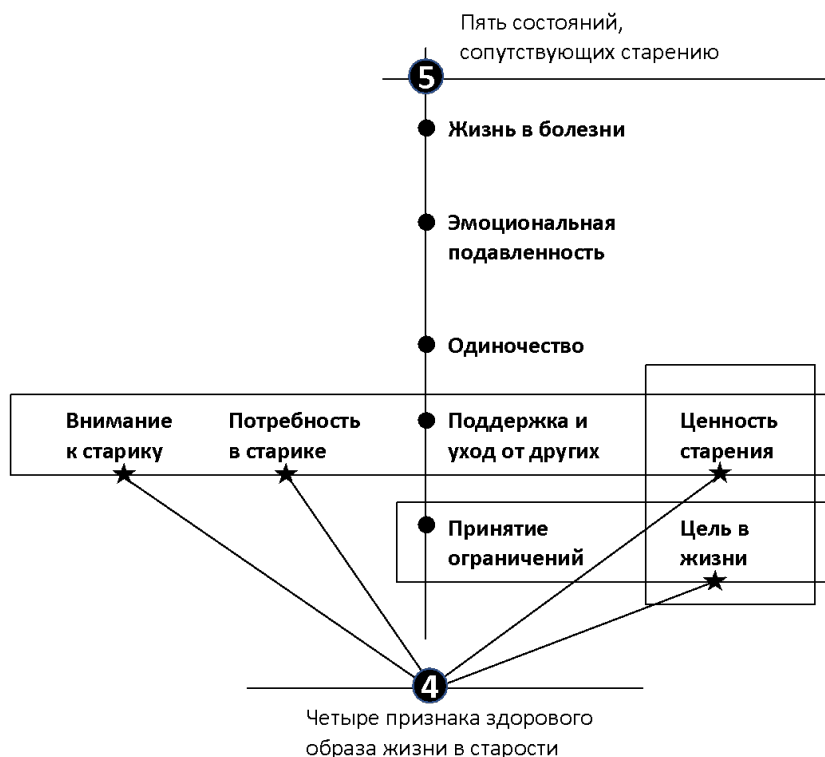


Рис. 3. Стратегические направления адаптации к старению.

Fig. 3. Strategic directions for adaptation to aging.

Современная социальная политика в России строится лишь на одной компоненте «внимания к старику» (хотя декларируются законодательно иные компоненты, см., например: Приказ Минтруда России № 895¹), посредством организации долговременного ухода, разработке и внедрению средств реабилитации, формированию доступной среды. Но важнейшими элементами остаются формирование потребности в старике среди значимых близких (родственников и не только), совместном согласовании, формировании у старика целеполагания в жизни и пропаганда ценности старения как такового. Это сложные конструкты идеологической работы старения, выходящие за рамки медицинской или социаль-

1 Приказ Минтруда России № 895 от 27 декабря 2023 г. «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

ной помощи, определяющие предмет внутренней политики, утверждающие систему ценностей современного российского общества.

В Приказе Минтруда России № 895 детально описаны организация питания, уход за телом, сопровождение медицинского обслуживания и приема лекарств, но совсем не раскрыты услуги по формированию ценности старения и организации психологического и коммуникативного сопровождения: из 50 социальных услуг, представленных в перечне социальных услуг по уходу, лишь две, или 4%, отражают указанные направления социального обслуживания (приложение № 6). Следовательно, формальное определение долговременного ухода, представленного в начале приказа № 895, как способа скоординированной помощи гражданам пожилого возраста, позволяющей поддерживать их здоровье, функциональность, социальные связи, интерес к жизни (п. 1.1, Приказ Минтруда России № 895), не подкреплено даже нормативной базой.

Для развития долговременного ухода в России следует уделить особое внимание ценностным и психологическим особенностям старения. Именно в разработке этих компонент долговременного ухода заложен потенциал для роста продолжительности жизни, формирования позитивного образа старости и обретения стариками смысла в долгой жизни.

75

Библиография / References

Адрианов В. (2011) Социально-экономические и философские проблемы старения населения. *Общество и экономика*, (4-5): 87-121. EDN: OFWONB

— Adrianov V. (2011) Socio-economic and philosophical problems of population aging. *Society and Economics*, (4-5): 87-121. — in Russ.

Анкета EQ-5D-3L (русская версия) (2023). Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья СПб школы экономики и менеджмента НИУ ВШЭ. М., 2023. [Электронная версия] <<https://spb.hse.ru/scem/chemp/healthoutcomes/EQ-5D-3L>> [Дата обращения] 16.03.2024.

— *Questionnaire EQ-5D-3L (Russian version) (2023)*. International Center for Economics, Management and Health Policy, St. Petersburg School of Economics and Management, National Research University Higher School of Economics. М., 2023. [Electronic version] <<https://spb.hse.ru/scem/chemp/healthoutcomes/EQ-5D-3L>> [Access date] 03/16/2024. — in Russ.

Вершинина О. Ю., Марсенко И. А., Ситулина М. Б. (2018) Здоровый образ жизни как путь к долголетию. *Аллея науки*, 2(5): 452-455. EDN: XRKRTF

— Vershinina O.Yu., Marsenko I. A., Situlina M. B. (2018) A healthy lifestyle as a path to longevity. *Science Alley*, 2(5): 452-455. — in Russ.

Голубева Е. Ю., Данилова Р. И. (2011) Здоровый образ жизни как часть стратегии активного долголетия. *Успехи геронтологии*, 24(3): 380-384. EDN: OEEJNP

— Golubeva E.Yu., Danilova R. I. (2011) Healthy lifestyle as part of an active aging strategy. *Advances in Gerontology*, 24(3): 380–384. — in Russ.

Григорьева И. А., Келасьев В. Н. (2017) Архаические стереотипы и новые сценарии понимания старения. *Успехи геронтологии*, 30(2): 243–247. EDN: YQGBXJ

— Grigorieva I. A., Kelasev V. N. (2017) Archaic stereotypes and new scenarios for understanding aging. *Advances in Gerontology*, 30(2): 243–247. — in Russ.

Зайцев З. В., Артемьева Л. Б. (2016) Аксиология и здоровый образ жизни в философии здоровья. *Символ науки: Международный научный журнал*, (6-2): 140–142. EDN: WDFVPX

— Zaitsev Z. V., Artemyeva L. B. (2016) Axiology and healthy lifestyle in the philosophy of health. *Symbol of Science: An International Journal of Science*, (6-2): 140–142. — in Russ.

Крупина К. М., Петраш М. Д. (2023) Представление о старении и образ жизни. *Петербургский психологический журнал*, (42): 1–21. EDN: BMBUOI

— Krupina K. M., Petrash M. D. (2023) Concepts of aging and lifestyle. *Petersburg Journal of Psychology*, (42): 1–21. — in Russ.

Рогозин Д. (2024) Мотивация к ЗОЖ: значение социальных факторов. *Круглый стол: Здоровый образ жизни в пожилом возрасте в деталях* / Организатор Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Всероссийский форум «Здоровье нации — основа процветания России». Москва, Гостиный двор, 15 мая. <https://znopr.ru/>

— Rogozin D. (2024) Motivation for a healthy lifestyle: the importance of social factors. *Round table: Healthy lifestyle in old age in detail* / Organizer: Russian Gerontological Research and Clinical Center of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Russian National Research Medical University named after. N. I. Pirogov of the Russian Ministry of Health. All-Russian forum “The health of the nation is the basis of Russia’s prosperity.” Moscow, Gostiny Dvor, May 15. <https://znopr.ru/> — in Russ.

Рогозин Д. М. (2018) Принятие боли в старшем возрасте. *Общественные науки и современность*, (4): 114–127. EDN: YAMMNV. <https://doi.org/10.31857/S086904990000370-9>

— Rogozin D. M. (2018) Acceptance of pain in older age. *Social Sciences and Modernity*, (4): 114–127. — in Russ.

Рогозин Д. (2021) *Столько не живут: чему нас могут научить столетние старики*. 2-е изд. М.: Изд-во «Пункт»; Common Place.

— Rogozin D. (2021) *They don’t live that long: what centenarians can teach us*. 2nd ed. M.: Publishing house «Point»; Common Place. — in Russ.

Смолькин А. А. (2011) Бедность и социальный статус пожилых людей в современной России. *Пути России. Будущее как культура, прогнозы, репрезентации, сценарии. Доклады участников XVII международного симпозиума*. М.: Новое литературное обозрение: 269–285. EDN: UORGKW

— Smolkin A. A. (2011) Poverty and social status of older people in modern Russia. *The paths of Russia. The future as culture, forecasts, representations, scenarios. Reports of participants of the XVII international symposium*. M.: New Literary Review: 269–285. — in Russ.

Смолькин А. А. (2007) Медицинский дискурс в конструировании образа старости. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 10(2): 134–141. EDN: LDGYFP

— Smolkin A. A. (2007) Medical discourse in constructing the image of old age. *Journal of Sociology and Social Anthropology*, 10(2): 134–141. — in Russ.

Dean K., Holstein B. E. (1991) Health promotion among the elderly. *Health promotion research: Towards a new social epidemiology*. Ed. by B. Badura, I. Kickbusch. London; WHO Regional Publications European series no. 37. Copenhagen: World Health Organization: 341–364.

Huber M., Knottnerus J. A., Green L. et al. (2011) How should we define health? *BMJ: Leading Medical Research, News, Education, Opinion*, 343. Art. No. d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Jennings A. A., Doherty A. S., Clyne B., et al. (2024) Stakeholder perceptions of and attitudes towards problematic polypharmacy and prescribing cascades: A qualitative study. *Age and Ageing*, 53(6): 1–12. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae116>

Liu L.-F., Su P.-F. (2017) What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatrics Gerontology International*, 17(5): 697–707. <https://doi.org/10.1111/ggi.12774>

Rodin J., Salovey P. (1989) Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40: 533–579. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.40.020189.002533>

Smith K. P., Christakis N. A. (2008) Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34: 405–429. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>

White Ch.M., John P.D., Cheverie M.R., et al. (2015) The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort study. *BMC Public Health*, 15. Art. No. 1181. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2504-9>

Дмитрий М. Рогозин — кандидат социологических наук, заведующий Лабораторией полевых исследований ИНСАП РАНХиГС; старший научный сотрудник Института социологии ФНИСЦ РАН. Научные интересы: цифровая антропология, социология маргинальности. ORCID: 0000-0001-7879-1111. E-mail: rogozin@ranepa.ru

Dmitry M. Rogozin — Candidate of Sociological Sciences, Head of the Laboratory for Field Research, Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russian Federation (RANEPa); Chief Researcher, Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences. ORCID: 0000-0001-7879-1111. E-mail: rogozin@ranepa.ru