Здоровье пожилых в российской деревне[1]

И. С. Петухова, О. А. Парфенова, К. А. Галкин

Ирина Сергеевна Петухова, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, 190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14; доцент Петрозаводского государственного университета, 185910, Петрозаводск, пр. Ленина, 33. E-mail: irini-prz@yandex.ru

Оксана Анатольевна Парфенова, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, 190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14. E-mail: oparfenova2023@yandex.ru

Константин Александрович Галкин, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН, 190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14. E-mail: kgalkin1989@mail.ru

EDN: HCRFEU

Аннотация. Статья посвящена анализу представлений о здоровье и здоровьесберегающего поведения пожилых сельчан. Современное российское село рассматривается как кризисное пространство, характеризующееся дефицитной инфраструктурой и ограниченным доступом к медицинской помощи. Эмпирическими материалами послужили собранные в 2024 году глубинные интервью с пожилыми [60+] (N=42) и организаторами заботы в селе (N=23), а также подробные плотные описания девяти сел, включая фотоматериалы. Все данные были собраны в селах Ленинградской и Новгородской областей и Республики Карелия. Исследование показало, что пожилые определяют свое здоровье через функциональность в пространстве — способность обслуживать приусадебное хозяйство, собственный дом и себя. По мере снижения мобильности пространство функциональности сужается — от пространства всего села до приусадебного участка и на последнем этапе — к собственному дому и телу. С утратой функциональности потребность в автономии сохраняется, и ключевое значение приобретает система внешней поддержки — помощь родственников, соседей, фельдшеров и социальных работников. Сельский фельдшер может играть ключевую роль как организатор медпомощи в том случае, когда инфраструктурные возможности это позволяют (например, есть ФАП и специальный медицинский автомобиль с водителем). При этом наличие инфраструктуры отнюдь не означает автоматического повышения доступа к медицинской помощи или улучшения ее качества, поскольку бывает трудно найти медиков для работы в селе. В сельском контексте здоровьесберегающее поведение пожилых принимает форму тактик адаптации к кризисному пространству, в которых большую роль играют близкое окружение и местное сообщество.

1. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 24-78-10118 [https://rscf.ru/project/24-78-10118/].

Ключевые слова: старение на селе, здоровье пожилых, медицина на селе, доступность медицины для пожилых, сельская инфраструктура, государственная политика в области здравоохранения

Генеральная Ассамблея ООН объявила 2021–2030 годы десятилетием здорового старения, поручив ВОЗ возглавить реализацию проекта, основные задачи которого направлены на сокращение неравенства в сфере здравоохранения и улучшение качества жизни пожилых: сокращение эйджизма; развитие сообществ для лучшей реализации потенциала пожилых; предоставление ориентированной на человека комплексной медицинской помощи и услуг первичной медико-санитарной помощи, учитывающих потребности пожилых людей; обеспечение доступа пожилых людей, которые в этом нуждаются, к качественному долгосрочному уходу. Акцентируя внимание на важности индивидуального вклада в собственное здоровье (питание, достаточный уровень активности и т.п.), ВОЗ в свою очередь также декларирует необходимость доступности медицинской помощи и услуг пожилым для профилактики и лечения заболеваний[2]. В своем исследовании мы фокусируемся на процессах старения в современном российском селе. Эти процессы протекают в условиях оттока молодежи в города, стремительно сжимающейся инфраструктуры и территориальной удаленности от крупных центров. При этом пожилые сельчане зачастую не имеют желания и/или возможностей переехать в более благоприятные условия. Забота о здоровье в условиях села приобретает свои специфические черты, отличные от городских. В крупных городах с развитой сетью клиник и наличием специалистов медицинские услуги более доступны, тогда как в сельской местности медицина чаще ориентирована на лечение экстренных случаев. Это приводит к тому, что сельские жители реже проходят диспансеризацию, поскольку помимо инфраструктурных дефицитов зачастую имеют ограниченные финансовые возможности, низкий уровень осведомленности о доступных услугах и мотивацию обращаться за медицинской помощью. В России традиционно именно городская среда рассматривается властями как основа для планомерного развития здравоохранения. Состояние сельской медицины при этом характеризуется множеством проблем. Несмотря на реализуемые меры и программы поддержки, такие как «Земский доктор» и «Земский фельдшер», доступность медицинских услуг для сельского населения непрерывно снижается: сокращается количество фельдшерско-акушерских пунктов, ухудшается лекарственное обеспечение (Чернышев и др., 2021), растет кадровый дефицит и старение медицинских работников (Козырева и др., 2018), плохая техническая оснащенность учреждений и недостаточное количество транспортных средств для медицинских работников, а также ограниченные возможности для организации дистанционных консультаций (Галкин,

2. WHO Ageing and Health? 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2020а, 2022). Жители сельских территорий зачастую вынуждены преодолевать десятки километров, чтобы добраться до ближайшего медпункта, что значительно затрудняет своевременное получение даже первичной медицинской помощи (Калининская и др., 2020). Отдельное внимание авторы уделяют снижению обеспеченности медицинским персоналом: за последние годы (2018–2022) число врачей сократилось почти на 9%, а среднего медицинского персонала — на 10,1%, повышается средний возраст медицинских работников, что свидетельствует о старении кадрового состава (Латышова и др., 2025).

Современные научные представления о системе здравоохранения уже не сводятся исключительно к трактовке ее как совокупности медицинских учреждений (Filipkowski et al., 2010; Крашенинникова, 2015). Напротив, акценты постепенно смещаются в сторону ее рассмотрения как сложной, многоуровневой системы, включающей в себя не только институциональные структуры, но и разнообразные повседневные практики, формирующиеся внутри этих структур и взаимодействующие с ними на различных уровнях (Русинова и др., 2018; Korolenko, 2021). Эти практики обусловлены как профессиональными стандартами, так и культурными, экономическими и территориальными особенностями. Механизмы подобных практик, их возникновение и формирование, а также аспекты субъективного доверия, возникающего между пациентом и медицинской системой, зачастую остаются вне поля зрения академических исследований. Особенно это касается работ, где преобладают количественные методы сбора данных, часто обесценивающие контекстуальные различия, нюансы локального взаимодействия и специфику территориального размещения (Еругина и др., 2016; Калининская и др., 2015; Козырева и др., 2018).

Исследователи отмечают, что устойчивость и эффективность сельской медицины во многом зависят от сплоченности местных сообществ (Somporn et al., 2018). Это справедливо и для российского контекста, в котором значимость местных сообществ возрастает: они компенсируют нехватку ресурсов, оказывая поддержку в доставке лекарств и организации помощи и заботы (Богданова и др., 2024). Однако соседские сообщества не в силах решить все существующие проблемы, они могут лишь частично смягчить некоторые ограничения.

Для многих пожилых на селе невозможность получения медицинских услуг является одним из главных страхов, особенно в тех случаях, когда врачебная помощь становится остро необходимой (Петухова, 2022). В нашем исследовании мы фокусируемся на сельском контексте и на пожилых как наиболее чувствительной к дефицитному здравоохранению социальной группе. Мы изучаем самооценки здоровья пожилых, их представления о том, что значит быть здоровым, а также то, как пожилые сельчане поддерживают свое здоровье в условиях кризисного пространства. Целью данной статьи является анализ здоровьесберегающих практик пожилых сель-

чан с отдельным фокусом на доступность медицинской помощи и ее востребованность нашими информантами. Данный фокус обусловлен перспективой кризисности пространства, которая предполагает изучение инфраструктуры (доступность медпомощи в ФАП, наличие фельдшеров, доступность неотложной помощи и т.п.).

Теоретические основания исследования

Популярная концепция социального пространства Анри Лефевра рассматривает пространство как активно создаваемый и воспроизводимый социальный феномен, тесно связанный с властью, неравенством и социальной практикой. Лефевр выделяет три измерения пространства: материальное (физическое пространство), репрезентированное (концептуальные и социально-политические конструкции) и воспринимаемое (повседневный опыт и практика людей) (Lefebvre, 1991). Для него пространство не является нейтральным или статичным объектом, оно постоянно создается и меняется в процессе воспроизводства социальных отношений, отражая структуру власти и общества. В современных исследованиях, направленных на изучение повседневной жизни людей старшего возраста, все больше внимания уделяется роли пространства, которое анализируется в том числе с применением концепции Лефевра (см., напр.: Petersen, Minnery, 2013). Пространство рассматривается как важный элемент, помогающий более детально рассмотреть повседневную жизнь и связи человека с территориальной, культурной и социальной средами, в рамках которых происходит процесс старения (Wiles et al., 2012; Pani-Harreman et al., 2021). Исследователи отмечают, что кризисность пространства может быть связана со множеством факторов, включая оптимизацию медицины и снижение доступности медицинских услуг. Например, в сельских районах часто наблюдается нехватка квалифицированных медицинских кадров, закрытие местных больниц и аптек, а также трудности с транспортной доступностью ближайших медицинских учреждений. В городских условиях кризисность может проявляться через перегрузку медицинских учреждений, что приводит к длительным очередям и снижению качества обслуживания (Phillipson, 2011; Sanders, 2023). И хотя идея социального исключения не присутствует в явном виде в работах Лефевра, она обнаруживается там имплицитно и активно транслируется уже его последователями в более поздних исследованиях пространств. Став очень популярной в последние годы, концепция социального исключения рассматривает связь между человеком и местом его проживания как один из важных параметров (Walsh et al., 2020). Изучая влияние места проживания на уровень социального включения, европейские социологи предлагают концептуальную модель, объединяющую возраст (age), пространство (space) и социальное исключение (exclusion), так называемый «ASE triangle» (ASE-треугольник)

(Wanka et al., 2018). Очевидно, что с возрастом взаимосвязь между человеком и окружающей средой становится более значимой. Социальное исключение является многомерным и процессуальным явлением, при котором дефициты в одной сфере жизни тесно связаны с проблемами в других.

В данном контексте категория «пространство» представлена как многоуровневая социальная среда, структурированная по масштабу и форме социальных взаимодействий, влияющая на возможность включения или исключения индивидов. Анализ причин социального исключения пожилых может исходить из того, на каком уровне социального пространства они проявляются — макро-, мезо- и микроуровне. Влияние макрофакторов связано с социальными и экономическими процессами на макроуровне, экономической рецессией, старением населения и индивидуализацией, а также политикой в области старения. Мезориски социального исключения связаны с деятельностью государственных сервисов (медицинских и социальных) и могут проявляться, например, в виде дискриминации, неадекватной реализации прав и т.д. Микориски социального исключения проявляются на уровне индивида и его семьи, они могут быть связаны с плохим здоровьем, выходом на пенсию, снижением финансовых ресурсов, одиноким проживанием пожилых (Jehoel-Gijsbers et al., 2008).

Европейские исследователи выделяют шесть доменов (областей) социального исключения пожилых: соседство и сообщество (neighbourhood and community); услуги, удобства и мобильность (service, amenities and mobility); социальные отношения (social relations); материальные и финансовые ресурсы (material and financial resources); социокультурные аспекты (socio-cultural aspects of society); гражданское участие (civic participation) (Walsh et al., 2017). Каждый из доменов включает в себя несколько субдоменов. Выделение доменов и субдоменов социального исключения показывает, что изоляция в позднем возрасте многомерна. Среда обитания и сообщество (neighborhood and community) рассматриваются как один из шести доменов социального исключения (Walsh et al., 2017), поскольку пожилые люди могут испытывать ограничения в доступе к ресурсами этой среды. То есть место проживания может выступать в роли триггера социального исключения, ограничивая социальные связи, доступ к услугам, участие в политической жизни (Dahlberg, 2019). А пересечение факторов возраста и инфраструктурного дефицита создает так называемую «двойную опасность» для пожилых людей, проживающих в сельской местности (Joseph et al., 2004). При этом процессы социального исключения часто имеют скрытый характер, так как длительное проживание на периферии сопровождается низкими ожиданиями относительно социальной интеграции и доступа к инфраструктурным объектам (Colibaba et al., 2021).

Концептуально пространственное исключение проявляется на индивидуальном и групповом уровнях под влиянием объективных и субъективных факторов. Субъективные факторы пространствен-

ного исключения концептуализируются через то, как пожилые люди воспринимают свой район, ощущают ли они себя его частью, получают ли они удовольствие от проживания в этом районе, испытывают ли чувство безопасности, надежности, а также привязанности к его жителям (Miranti et al., 2015; Van Regenmortel et al., 2018). Помимо оценки субъективных восприятий в исследованиях социального исключения отдельное внимание уделяется измерению физической среды и анализу того, как объективные характеристики района (географическое положение и природные условия, инфраструктурная обеспеченность, экономико-географические характеристики района, социально-экономические факторы) могут способствовать включению или исключению пожилых людей (Van Regenmortel et al., 2018).

Европейские исследователи фокусируются на том, как социальное исключение в городской и сельской среде может влиять на социальное исключение пожилых (например: Dwyer, 2011; Walsh et al., 2012; Walsh et al., 2017; Scharf et al., 2005; Buffel et al., 2013). Британские ученые показали, что пожилые люди, проживающие в городских районах, сталкиваются с социальным исключением в иных областях (множественное исключение), чем те, кто проживает в сельской местности (Becker et al., 2009). Напротив, Макс Спур с коллегами утверждают, что риски социального исключения выше в сельской местности. Исследуя сельские территории Южной, Центральной и Восточной Европы, авторы показали, что риски социального исключения в селе выше, чем в городе, за счет более низких доходов, худшего доступа к социальным и медицинским сервисам, однако показатели субъективной удовлетворенности качеством жизни у сельских пожилых выше, чем у городских (Spoor et al., 2014). Еще один момент обнаружили ирландские ученые: поскольку формальная поддержка пожилых в селе часто недостаточна, на первый план выходят семейные и соседские связи, которые, однако, также под давлением экономических и социальных изменений становятся хрупкими (Walsh et al., 2014). Подобная неформальность может приводить к размыванию границ между профессиональными и личными ролями, дополнительной нагрузке на отдельных лиц, ограничению доступа к помощи для некоторых пожилых.

В целом же в исследованиях социального исключения в странах постсоветского пространства фиксируются следующие риски: недоступность социальных и медицинских служб; низкие социальные стандарты и качество жизни; бедность и недостаточное пенсионное обеспечение; плохая развитость транспортной сети (Патьян и др., 2020; Grigoryeva et al., 2021). Эти проблемы весьма актуальны для жителей отдаленных регионов России, где вследствие сочетания сразу нескольких факторов возникает та самая ситуация многомерного исключения.

Таким образом, пространство тесно связано с социальной структурой и неравенством: оно может служить инструментом социального контроля и способствовать социальному исключению опреде-

ленных групп через разделение, сегрегацию и ограничение доступа к ресурсам. В нашем исследовании мы имеем дело с активными проявлениями исключения на разных уровнях и в разных сферах — как правило, пожилые в селе это малообеспеченные и одиноко проживающие люди, имеющие сниженный доступ к инфраструктуре и сложные бытовые условия (отсутствие централизованного водопровода и отопления в доме, перебои с электричеством, плохая связь и т.д.). Рассматривая современное село как наиболее кризисное пространство жизни, в котором пожилые жители находятся в ситуации многомерного исключения, мы помещаем в центр внимания те представления и практики, которые формируют здоровьесберегающее поведение наших информантов. Фокус на здоровье обусловлен тем, что это одна из ключевых сфер жизни, в которой в старшем возрасте пересекаются сразу несколько важных параметров — представления индивида, его практики, доступная ему инфраструктура и социальная среда, что в сумме формирует здоровьесберегающее поведение.

Материалы и методы

Настоящее исследование выполнено с помощью качественной методологии. Материалами послужили собранные в 2024 году глубинные полуструктурированные интервью с пожилыми [60+] [N=42] и организаторами заботы — теми, кто часто контактирует с пожилыми в селах (социальными работниками, руководителями из социальных служб, фельдшерами, работниками ДК и почты) (N=23). Были составлены подробные плотные описания девяти сел, включая фотоматериалы. В качестве информантов мы выбирали людей старше 60 лет, постоянно проживающих в исследуемых селах. Нас интересовали как работающие, так и не работающие люди, имеющие разный уровень социальной активности и мобильности (включая тех, кто состоит на социальном обслуживании). Возраст информантов варьировался от 60 до 95 лет. Все данные собирались в Ленинградской[3] и Новгородской[4] областях, а также в Республике Карелия[5]. Выбранные регионы обладают схожими социально-экономическими показателями и входят в пятерку самых неблагополучных по качеству жизни в сельской местности. Мы выбрали села, различающиеся с точки зрения медицинской инфраструктуры: в ряде сел был ФАП, в котором на регулярной основе работает фельдшер, в некоторых — фельдшер приезжий, курсирующий на служебном автомобиле между соседними селами, в одном селе построен новый амбулаторный

3. 23 интервью собрано в п. Осьмино, д. Низовская, п. Мшинская, д. Пехенец.
4. 23 интервью собрано в с. Оскуй, д. Маслено, д. Селищи, д. Спасская Полисть, д. Гачево.
5. 19 интервью собрано в п. Рабочеостровск, п. Волома, д. Пяльма, с. Великая Губа, с. Кончерезо, с. Шелтозеро.

пункт, но специалистов нет, в результате пожилые за медпомощью вынуждены обращаться в городские поликлиники и т.п. В плотных описаниях и фотоматериалах мы фиксировали наличие ФАПов и амбулаторий и их доступность для пожилых, режим работы фельдшера, наличие/отсутствие аптек, транспортное сообщение с ближайшим районным или областным центром[6].

Анализ транскриптов выполнен с помощью метода тематического анализа (Braun et al., 2006). Ключевыми темами выступили кризисность места, основные агенты помощи и взаимоотношения с ними, а также существующие сценарии организации заботы. Выделяя эти темы, мы опирались на положения о кризисности системы здравоохранения (Phillipson, 2011; Sanders, 2023) и взаимосвязи доступности медицинских услуг с качеством жизни. Ряд категорий, в частности, анализ преодоления кризисности территории, были выявлены индуктивно уже при работе с данными, в ходе которой мы двигались от частных наблюдений к обобщениям. Таким образом, логика анализа материала была дедуктивно-индуктивной. Валидность полученных выводов обеспечивалась методом исследовательской триангуляции, при котором транскрипты анализировались тремя исследователями независимо друг от друга (Denzin, 2012).

При цитировании интервью в статье все информанты и населенные пункты анонимизированы. Все участники исследования подписывали информированное согласие, в котором содержалась основная информация о нашем исследовании и планах по дальнейшей работе с данными.

Значение здоровья и влияние среды

Самооценки здоровья и практики самозаботы

Восприятие собственного здоровья и его оценка разнятся у наших информантов в зависимости от их возраста/объективного состояния здоровья. Так или иначе, здоровье рассматривается в категориях функциональности, переопределяясь с течением времени и при изменении объективных показателей здоровья. Так, для более мобильных информантов быть здоровым означает не нуждаться в посторонней помощи, иметь возможность сохранять привычную физическую активность и вести хозяйство. В этом случае сопутствующие заболевания,

6. В этой статье мы не делаем сравнительный анализ разных групп пожилых и регионов с точки зрения доступности/недоступности медицинской помощи. В нашу задачу входит собрать наиболее полный репертуар практик пожилых сельчан во взаимодействии с государственной системой здравоохранения, а также как они адаптируются к специфическим условиям среды, влияющим на их возможности поддержания здоровья и лечения заболеваний.

такие как, например, гипертония, диабет, которые к тому же успешно купируются препаратами, не воспринимаются как снижающие здоровье. С возрастом и утратой мобильности (хотя эти процессы не всегда параллельны) по мере включения цепочек заботы в виде родственников, односельчан и социальных работников, происходит переопределение здоровья — функциональность сужается до пространства собственного двора и дома. В этом случае участники нашего исследования, как правило, не покидают самостоятельно пределов собственного двора и нуждаются в помощи не только сезонной (дрова/огород), но рутинной повседневной. На селе спектр этой помощи, как правило, существенно шире, чем в городе (помогающий в лице социального работника/родственника/соседа приносит воду, топит печь, ухаживает за домашними животными, помогает помыться в бане, чистит снег, иногда выполняет специфическую работу по починке насоса и так далее). В случае утраты мобильности функциональность сужается до собственного тела — когда человек уже не может обслуживать пространство двора и дома, для него важным остается вопрос самостоятельности в соблюдении интимной гигиены, мытья, переодевания — эти функции информанты до последнего стремятся выполнять полностью самостоятельно. Подобное стремление к автономии фиксировалось нами и в предыдущих исследованиях (Галкин, 2020б).

В качестве практик самозаботы мы обнаруживаем регулярный прием препаратов для компенсации хронических заболеваний (как правило, гипертония, диабет) и регулярное посещение бани, которое рассматривается не только как гигиеническая процедура, но и оздоравливающая. Сельчане в меньшей степени фокусируются на питании и подвижности как способах здоровьесбережения, в отличие от горожан старшего поколения (Parfenova, 2022). Схожее с городскими сверстниками и отношение к медицине как способу сохранения здоровья — информанты в селе стремятся минимизировать обращения за медпомощью, предпочитая самолечение и народную медицину. При этом для сельских информантов их приусадебное хозяйство, иногда и животные (как правило, куры, реже козы), являются точками приложения физических сил и тем, что, по их словам, поддерживает в них активность и укрепляет здоровье. «*Поддерживать здоровье? Да, собственно, ничего. В лес хожу иногда, на рыбалку. Чисто для удовольствия, может, и для поддержания здоровья. Работаю на огороде*» (мужчина, 64 года, Карелия).

Часто упоминаются сбор и заготовка трав, которые, по их мнению, помогают пожилым в профилактике и лечении заболеваний. Овощи и фрукты, выращенные на собственном огороде и обеспечивающие питание на будущий год, также воспринимаются как вклад в здоровье, поскольку они более экологичные, «без химии».

Сравнивая между собой интервью с мужчинами и женщинами, мы обнаружили определенные гендерные различия — мужчины в большей степени склонны определять свое здоровье через функциональность («могу колоть дрова и копать картошку — значит, здоров»)

и практически не жалуются на болезни, женщины чаще помимо себя заботятся и о супруге, если он есть, говорят о негативных эффектах одиночества и изоляции и более активно ищут эмоциональной поддержки и общения вовне, в том числе в лице тех, кто оказывает им помощь. Организаторы заботы на селе помогают либо частично преодолеть, либо сгладить социальную исключенность наших информантов. Социальные работники, фельдшеры, соседи оказывают не только конкретную помощь, но зачастую выступают неформальными собеседниками, которых так не хватает пожилым. В селах, где есть ДК и/или библиотеки, мы видим примеры организации групповых активностей пожилых (скандинавская ходьба, занятия, чаепития с днями рождениями, концерты). Далее мы подробнее проанализируем влияние инфраструктуры на поддержание здоровья.

Кризисность места: дефицит инфраструктуры и кадров

В нашем исследовании мы охватываем несколько разных сел из трех регионов Северо-Запада: Республики Карелия, Ленинградской и Новгородской областей. Села имеют разную инфраструктуру и в разной степени удалены от крупных городов — Санкт-Петербурга, Новгорода и Петрозаводска. Доступ к медицинским услугам напрямую связан с состоянием здоровья и мобильностью пожилого человека, наличием ФАПа и его кадровым составом. Описывая состояние медицинской инфраструктуры в своих селах, пожилые отмечали ее значительное сокращение по сравнению с тем, что было раньше. При этом некоторые информанты вспоминали советское прошлое: наличие больницы, поликлиники, родильного дома в селе, в то время как другие — относительно недавнее прошлое (5 и менее лет назад). В первом случае кризис медицины на селе сопряжен с общим кризисом — сокращение производства, закрытие крупных предприятий, при которых располагались и финансировались многие медицинские учреждения. Во втором случае информанты говорят о недавних изменениях, связанных с оптимизацией, сокращением кадров, усложнением процедур записи к узким специалистам.

«Говорю, что плохо, что у нас закрыли районную больницу, не закрыли, а просто она, ну, из Муезерки, по нашему району, а нас приплюсовали в Костомукше. И вот в Костомукше, вот приедешь, там можно к врачам не попасть. Вот повезла я брата, всё созвонились, всё записано, всё, приезжаем. Кардиолог на больничный вышла. И говорят, надо было предупредить, надо было позвонить, узнать» (женщина, 75 лет, Карелия).

Даже если речь идет о предполагаемом обращении за медицинской помощью, а не о реальной ситуации, с которой столкнулся пожилой человек, информанты все равно описывают ощущение собственной изоляции ввиду невозможности получить медицинскую помощь.

«Лечение? Не задавали бы такой вопрос. Я поэтому и засмеялась. Что какое тут может быть медицинское? Никакого.

У нас где врачи-то? Бабушки и дедушки, пенсионеры, слава богу, эти еще трепещут-то там. А так-то что? У нас никого больше нет» (женщина, 60 лет, Ленинградская обл.).

Нередко информанты испытывали раздражение, иронию, недоумение от очевидных и понятных вопросов относительно состояния и доступности медицины на селе. С другой стороны, были и те, кто считает, что это общий кризис медицинской системы: *«А медицина везде такая. Везде такая. И в городе тоже не везде так, что попадешь там всё»* (женщина, 69 лет, Ленинградская обл.). В этой и других оценках наших информантов можно встретить общую критику системы здравоохранения, связанную с отсутствием или недостаточной квалификацией кадров, нехваткой или устареванием оборудования, медицинских препаратов.

Одной из наиболее острых проблем села является сложность с вызовом скорой помощи и время на ее ожидание: *«Ни скорая, ничего сюда, и так скорой нету. Ну, приезжает, но пока она доедет, можно пять раз умереть»* (женщина, 60 лет, Ленинградская обл.). Часто проблемы с вызовом скорой накладываются на плохое состояние дорог и не всегда отлаженную систему взаимодействия между медицинскими организациями в разных районах в пределах одного региона. Так, пожилые нередко отмечали случаи, когда ближайшие к ним экстренные службы не принимали вызов, потому что эта территория не попадает в зону их обслуживания или, в случае выезда по вызову, фактически пересаживали пациентов с одной машины в другую.

«Как-то два года назад мне делали операцию по защемлению грыжи. И наша скорая, правда, быстро пришла, потом меня довезли до X, и там меня уже пересаживали в другую и повезли в Y, потому что наша скорая туда не едет» (женщина, 60 лет, Новгородская обл.).

Важной характеристикой кризисности системы здравоохранения в регионах в целом и в сельской местности в частности является невозможность попасть на прием к узкому специалисту ввиду его отсутствия в районных поликлиниках и больницах, долгой очереди или транспортных барьеров. В итоге попадание в районные больницы к нужному специалисту или даже терапевту превращается в сложную задачу с выстраиванием маршрутов и логистики.

«Ты приедешь полдевятого утра, и ты будешь на вокзале сидеть до двух часов, пока на прием тебе. Или лучше еще в пятницу идет обратно. Если ты утром приедешь, вот ты целый день должен отсидеть, чтобы попасть к врачу, если он оставил смену» (женщина, 69 лет, Ленинградская обл.).

Представленная цитата является показательной, но ситуация, описанная в ней, — не единственный случай, когда попадание к специалисту — сложная проблема, решать которую часто приходится наймом такси, съемом жилья, выстраиванием сложных маршрутов, даже когда фактическое расстояние до районного центра

не превышает 50 км. Ожидание приема может длиться неделями и месяцами, а само посещение узких специалистов и городских поликлиник и/или больниц — превращаться в цепочку формальных процедур: запись по телефону, ожидание поездки, короткий прием, стандартные назначения.

Компенсируется дефицит отчасти визитами в села городских врачей-специалистов. Организуют такие выезды работники сельских медицинских учреждений. Правда, там, где нет медицинских работников, нет или практически нет таких выездов. Там, куда приезжают врачи, их услуги пользуются большим спросом у местных жителей и жителей окрестных деревень — можно сдать кровь на анализы, сделать УЗИ, маммографию, проверить зрение и пр. Объявление о визите врачей публикуется заранее. В ряде сел посещение приезжих врачей ведется по записи, в результате не у всех желающих есть возможность попасть на прием. Иногда приходится идти на договоренности с местными жителями, когда речь идет об отсутствии помещения для проведения диспансеризации:

«Диспансеризация сюда входит ежегодно, несколько раз в год ко мне приезжает бригада с ЦРБ, значит, я собираю население, и мы организовываем осмотры профилактические. Да, в рамках диспансеризации населения, вот, даже в деревни выезжаем порой, но там нам везти, конечно, неудобно из-за того, что помещений, ну, вот, люди идут навстречу, например, в деревне [название], *мне вот уже два года подряд женщина-пенсионерка, она 54-го года рождения, предоставляет свой дом, она живет одна. Мы, значит, у нее располагаемся по комнатам, там, допустим, у нас забор крови происходит, здесь невролог, здесь терапевт, там глазной врач, а гинеколог принимает у нас в автобусе кресло гинекологическое, специально оборудованное, то есть гинеколог принимает отдельно в автобусе пациенток»* (фельдшер, село S, Новгородская обл.).

Помимо сложностей с записью к специалистам и вызовом скорой помощи, наши информанты рассказывали о трудностях с покупкой или получением бесплатных лекарств, выпиской рецептов и получением технических средств реабилитации.

«Коляски, если нужно коляску, ее не добиться просто. Это такая была волокита. Я вот сама уже за свои деньги покупала две коляски. А коляска теперь стоит вот это, 15 тысяч. А у меня пенсия с инвалидностью 19» (женщина, 60 лет, Ленинградская обл.).

Представленная цитата демонстрирует «пересечение» кризисности медицины с другими проблемами, в данном случае — низкими пенсиями по инвалидности.

В ходе исследования мы обнаружили, что формальные критерии (например, наличие недавно отстроенного ФАПа или амбулатории) отнюдь не означает автоматически повышения досту-

па к медицинской помощи или улучшения ее качества. Так, село N в Ленинградской области в интервью с нашими информантами из соседнего села [село M] характеризовалось как очень «продвинутое место», с новой двухэтажной амбулаторией, газификацией и развитой транспортной доступностью. На практике выяснилось, что амбулатория построена, но найти туда постоянного терапевта оказалось сложной задачей — наблюдается постоянная текучка кадров, а нынешний фельдшер, приехавшая из города, отметила, что работает всего месяц и не планирует задерживаться надолго. Приведенная ниже цитата демонстрирует рассуждения информантов по этому поводу:

«Р: <...> Надо сделать уже как-то заинтересовать, врача постоянного иметь, постоянного, не пришлого, вот, да, врачи хорошие, не буду говорить. <...> Но все равно хорошо, смотрите, ну, ну, что она раз в неделю приедет, как она может обслужить?

И: То есть, получается, амбулатория есть, а врача постоянного нет?

Р: А врача нету, вот, надо, ну, как бы заинтересовали бы человека, всё, понимаете, вот. Девочки там, ну, я имею в виду, я не буду за всех-то говорить, я говорю за себя, что я наблюдала, вот» (женщина, 86 лет, Ленинградская обл.).

Аналогично этому в одном из сел Карелии [село D] несколько лет назад отстроили амбулаторию, но найти туда нужных специалистов также не получается, несмотря на наличие двух оборудованных машин, машина скорой помощи приезжает из соседних сел (расстояние от 20 до 40 км), медикаменты привозят исключительно «по заказу» раз в неделю, на данный момент она функционирует как помещение для приезжающих врачей из города, большая часть помещений и кабинетов — пустует. Вот как наши информанты рассуждают по этому поводу:

«Р: Так что, не, медицина здесь, скажу я вам, вот любого спросите. Нет медицины как таковой, нет. Построили снова это здание, и я ходила когда-то к ЛОРу на прием. Написано "кабинет терапевта", "кабинет терапевта", "кабинет терапевта". Где они? Терапевтов-то их нет.

И: То есть врачей тоже нет?

Р: Нету, нету, нету, нету. Сейчас девушка какая-то работает, по-моему, по направлению пришла фельдшер. Ну, она детский, принимает детей, а для взрослых нет» (женщина, 84 года, Карелия).

В другом селе [S] в Новгородской области есть амбулатория и фельдшер, которому два года назад закупили специальный автомобиль, и она, взяв ставку водителя, самостоятельно ездит на нем по всем окрестным обслуживаемым селам, а также возит своих пациентов при необходимости в райцентр на анализы или прием. Однако в другом подобном селе [село F] закупка подобного автомобиля не решила проблемы, так как сам фельдшер не имеет во-

дительских прав, а человека на ставку водителя не нашлось ввиду низкой заработной платы. Таким образом, роль отдельно взятых специалистов — в данном случае фельдшеров в этом конкретном селе является определяющей, рассмотрим ее подробнее.

Роль фельдшера

Все исследуемые нами села условно можно разделить на две группы — с наличием медицинского работника (как правило, фельдшера) или его отсутствием. В свою очередь, те села, в которых есть медицинский работник, также можно разделить на две группы — села, в которых сельчане доверяют медицинскому работнику и высоко оценивают его роль, и села, где информанты критикуют профессиональные компетенции медицинских работников. При этом в исследуемых нами селах оценки работы фельдшера нашими информантами в пределах села, как правило, совпадали — либо все были довольны, либо напротив — недовольны. Как правило, критика связана с безразличием фельдшера к проблемам пожилых, невозможностью выполнить те или иные медицинские процедуры, грубым отношением и пр. представленные цитаты демонстрируют суть критики:

«Конечно, у нас врача нету настоящего. Что это, Наталья Анатольевна[7]? Это я иду в аптеку, поговорю, спрошу, мне они посоветуют. А к Наталье Анатольевне бесполезно идти» (женщина, 83 года, Ленинградская обл.); *«И капельницу не умеет сделать. Я ходила, 25 лет работает в поликлинике, не попасть ей в вену. Все ругаются, у кого что»* (женщина, 70 лет, Ленинградская обл.).

Представленные цитаты позволяют сделать вывод о большой роли человеческого фактора. Недовольство работой фельдшера усиливает ощущение кризисности.

Как правило, в тех селах, где жители высоко оценивают работу фельдшера, его роль не ограничивается приемами в ФАПе и работой на выезде по адресам. Зачастую информанты рассказывают о «внеурочных» вызовах фельдшера, консультациях по телефону в нерабочее время. Подтверждают это и сами фельдшеры в интервью:

«*Вызова обслуживаю я, экстренная помощь в рабочее время, в нерабочее обслуживает станция скорой помощи. Вот, то есть люди все знают номера телефонов, ну, если какой-то форс-мажор, если ребенок заболел или что, конечно, я иду навстречу, не без этого, и обслуживаю в любое время дня и ночи, скажем так, если я дома»* (фельдшер, село S, Новгородская обл.).

Во многих ФАПах прекратилась продажа лекарственных препаратов или существенно снижен их ассортимент, и фельдшер/со-

7. Имена изменены.

циальный работник/родственники могут привозить по заказу своих пациентов то, что им необходимо, а также получать рецептурные препараты в районном центре. Помимо этого, фельдшеры курируют приезды врачей-специалистов, профилактическую помощь [в виде прививок] на селе, сопровождают пожилых в поликлинику или отвозят на собственном транспорте:

«А так-то вообще у нас N молодец. Она у нас проводит все прививки, сама ездит к нам, мы не ходим. Вот. А так, например, сделать флюшку, машина приходит в N [прим. название села], *она всех оповещает, и сама даже на машине приедет, если надо, свезет. Так что в этом отношении у нас неплохо»* (женщина, 84 года, Новгородская обл.).

Часто фельдшер является представителем местного сообщества, «своим», знающим всех местных жителей. Его помощь в этом случае переплетена с соседской заботой:

«*Фельдшер у нас работает больше 40 лет уже отработала, она уже как врач считаю все же. Она, во-первых, что хорошо, она всех людей знает, наша местная она девушка, выучилась и приехала сюда работать, вышла замуж, семья все. Всю жизнь она здесь проработала, она всех людей знает, знаете все болячки у кого что, и очень квалифицирована»* (женщина, 75 лет, Карелия).

Еще одна цитата, демонстрирующая теплые отношение фельдшера с пожилыми сельчанами: *«Я, вы знаете, вот эту, фельдшера позову. Она придет мне, и уколы делала, и лекарства. Я говорю, ты мне самый лучший доктор, Юленька»* (женщина, 83 года, Новгородская обл.). Представленные цитаты демонстрируют высокую личную и профессиональную оценку медицинского персонала, деятельность которого «вплетена» в заботу внутри села. Там, где фельдшер включен в заботу, реагирует на просьбы сельчан, вопрос о его компетентности не ставится. В этом случае, в представлениях информантов, работа одного фельдшера компенсирует дефицит медицины на селе. В тех селах, в которых нет медицинских работников или их работа критикуется, кризис инфраструктуры воспринимается более остро.

Тактики адаптации

Практически все наши участники исследования — как пожилые, так и организаторы заботы, даже если они не испытывают проблем со здоровьем, или на селе есть медицинский пункт, или если они удовлетворены той медицинской помощью, которую они получают в самом селе или в городе, все равно проблематизируют ситуацию с доступностью и качеством медицинских услуг. Кто-то из информантов готов смириться с существующими проблемами и «доживать» в сложившихся условиях, кто-то ищет варианты удовлетворения потребностей в медицинской помощи, обращаясь к родственникам и знакомым, кто-то обращается за платными медицинскими услугами. Далее мы рассмотрим существующие адаптивные тактики.

Нередко сельские жители старшего возраста сталкиваются с необходимостью самостоятельно определять потребность в медицинской помощи и обращаться за лечением. В интервью представители старшего поколения отмечают, что доверие к сельским врачам ограничено их сугубо инструментальной ролью, под которой подразумевается выполнение базовых медицинских процедур, таких как измерение давления, выписка рецептов или направление к специалистам, без полноценного участия в лечении сложных заболеваний: *«Так у нас, конечно, это самый медкабинет. Но это так, знаете, простуды или что-нибудь такое. А так вот если что-то серьезное, МРТ, КТ, кардиолог, это все в Лугу»* (женщина, 75 лет, Ленинградская обл.). Зачастую при серьезных заболеваниях сельские жители предпочитают обращаться в районные больницы и поликлиники, расположенные в ближайших городах. Такие учреждения вызывают у них больше доверия благодаря лучшему оснащению и квалификации персонала: *«Насчет медицины, вот я говорю, что... В областной еще врачи нормальные, в Гатчине, в Лужской больнице»* (мужчина, 78 лет, Ленинградская обл.).

Обращение в платную клинику считается многими нашими информантами вынужденной мерой, связанной с невозможностью получить ту или иную услугу бесплатно, квалифицированно и/или в короткие сроки:

«Я ездила и в Питер, я же МРТ делала, платно ходила на прием к неврологу сразу, и тут я ездила платно. А к эндокринологу я ездила тоже платно. Так что медицина очень плохая у нас. Вот единственное, на что нам жаловаться» (женщина, 69 лет, Ленинградская обл.).

Обращение к платному специалисту объясняется нашими информантами большим доверием к платной медицине, особенно в ситуации страха перед многими заболеваниями. Еще одно объяснение — срочность и надежность получения той или иной услуги. В городскую поликлинику сложно достать номерок, попасть к нужному специалисту, можно приехать на прием и остаться без услуги (например, когда специалист заболел). А платную услугу можно получить в относительно короткие сроки (особенно когда речь идет об ограничениях во времени), это, как правило, гарантировано самим наличием, а также конкретным временем попадания на прием, что особенно актуально в ситуации зависимости от расписания общественного транспорта. Среди наших информантов есть и те, кто убежден, что любая квалифицированная медицинская помощь возможна только за деньги:

«Это надо с деньгами ложиться туда вот, а денег надо много, чтобы это все вылечивать. А что вылечивать? Щитовидка не лечится, давление каждый вечер там ничего это не лечится» (женщина, 69 лет, Новгородская обл.).

В этом случае информантка предпочитает не обращаться за медицинской помощью, артикулируя представления о невозможности

лечения ряда болезней или о высокой стоимости этого лечения. Возможность обращаться за платной помощью практически всегда сопряжена с наличием близких родственников (как правило, детей), готовых организовать эту помощь и часто оплатить ее. В целом многие наши информанты отмечают, что полагаются только на себя и своих родственников, реже — на соседей в получении медицинской помощи. Родственники привозят лекарства, записывают на прием к нужному специалисту, сопровождают/отвозят в поликлинику/больницу, осуществляют медицинские процедуры. Соседские и дружеские связи также зачастую воспринимаются как ресурс заботы: они привозят лекарства, сопровождают на прием, могут вызвать скорую, произвести какие-либо медицинские манипуляции — измерить давление, сделать укол. Особую ценность приобретают так называемые «связи» — знакомые, или знакомые знакомых, которые могут помочь в решении каких-либо проблем или просто проконсультировать. Благодаря «связям» можно получить номерок к нужному специалисту, получить рецепт, пройти обследование:

«Если нет номерка, ну, могут и не принять там. Но так как у меня, значит, вот эта родственница, как я, квартирантка говорю, которая работает в больнице, ну, санитаркой, ну, она сейчас работает на гардеробе, то где-то проблем нет...» (женщина, 79 лет, Карелия).

Нередко знакомые, имеющие медицинское образование, дополняют или заменяют фельдшера и/или врача в поликлинике. Обращение к знакомым за медицинскими консультациями может быть связано с недоверием к местному медицинскому персоналу или его отсутствием вовсе. В одном из сел Карелии, где нет медицинского пункта, информанты высоко оценивают роль сотрудницы аптеки, готовой внимательно выслушать и проконсультировать, измерить давление, предложить препараты, подробно узнать о состоянии здоровья. В этом, как и во многих других случаях, мы видим, что большую роль играет человеческий фактор, способный сгладить некоторые проблемы сельской медицины.

В крайних случаях те, кто не удовлетворен услугами здравоохранения, обращаются в вышестоящие органы — в департамент, министерство или в администрацию президента. Такое обращение может быть чуть ли не единственным способом решения проблем:

«Она меня год мурыжила. У меня глаз ослеп. У меня давление уже 34 единицы. Потом уже, смотрю, 36. Все больше и больше давление. Я, недолго думая, а у меня президента адрес. Этого... Генерального прокурора и Медведева адреса есть. Я беру письмо на президента. Все написал и послал. Буквально месяца не прошло. Приходит мне приглашение уже с комитета по здравоохранению с областного, в областную поликлинику» (мужчина, 78 лет, Ленинградская обл.).

Однако стоит отметить, что такие тактики скорее исключение — люди старшего поколения редко пишут обращения в государствен-

ные инстанции с жалобами на государственные же учреждения, предпочитая найти альтернативные возможности получения нужно помощи или смириться.

Заключение

Понимание того, что значит быть здоровым, меняется у пожилых сельчан по мере изменения их здоровья и функциональности. Многомерность исключения пожилых сельчан, выражающаяся в разного рода инфраструктурных дефицитах на уровне села и собственного быта, становится более очевидной по мере утраты здоровья и сжатия пространства активности. Условно можно выделить три уровня пространственной активности, на каждом из которых понимание того, что значит «быть здоровым», будет отличаться. Первый уровень — когда практически нет ограничений и жизненное пространство включает в себя все село (человек без ограничений посещает почту, магазин, ФАП, местный клуб и т.п., не испытывает никаких ограничений). Второй уровень предполагает «сужение» до пространства собственного двора — когда внешняя активность сводится к минимуму и пожилой человек редко покидает пределы собственного двора, занимаясь огородом, участком, подсобным хозяйством (в том числе ухаживая за животными). Наконец, третий уровень сопряжен со значительным снижением функциональности, которая позволяет обслуживать себя в пределах собственного дома, а инфраструктурный дефицит приводит к потребности в посторонней помощи (принести дрова, воду, растопить печь, почистить снег, доставить продукты и лекарства и т.п.) Быть здоровым для пожилых сельчан означает сохранять возможность к самообслуживанию и максимальную автономность на каждом этапе «сужения» пространства.

В части практик поддержания здоровья, таких как регулярный прием препаратов или внимание к питанию, сельские пожилые мало чем отличаются от городских. Специфически сельскими способами и практиками поддержания здоровья, которые озвучивают сами информанты, являются: заготовка «целебных трав»; работа на огороде; посещение леса; баня. На доступность и качество медицинской помощи, которая является одной из важных составляющих здоровьесбережения, в данном случае серьезное влияние оказывает кризисность пространства. Исследуя опыт обращения пожилых сельчан к системе здравоохранения, мы показали, с какими дефицитами и барьерами приходится сталкиваться пожилым людям в вопросах заботы о собственном здоровье (недооснащенность медицинским персоналом и ФАПами или оснащенность «на бумаге»; транспортная недоступность медучреждений и сложности к попаданию к профильным специалистам; невозможность приобрести даже простые лекарственные средства; отсутствие социально-медицинского об-

служивания в ряде населенных пунктов и т.д.). Адаптируются к дефицитам не только сами пожилые, но и организаторы заботы в лице фельдшеров и социальных работников. В случае удачного совпадения инфраструктурного оснащения (наличие ФАПа, автомобиля для фельдшера) и активной фигуры в лице фельдшера, иногда социального работника, а также активного местного сообщества, мы наблюдаем более эффективные тактики адаптации — пожилые получают более широкие возможности для диспансеризации, медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

Другими словами, на практике медицинская составляющая здоровьесбережения пожилых в селе определяется не только уровнем инфраструктуры, но и инициативностью и активностью членов местного сообщества, которые помогают компенсировать существующие дефициты. В случае «неудачной» комбинации инфраструктурного и человеческого факторов, пожилые откладывают обращение за медицинской помощью настолько, насколько это возможно. Государственная политика, которая, с одной стороны, «оптимизирует» здравоохранение, отрезая целые районы от доступной помощи, а с другой — пытается реконструировать и развивать систему путем строительства новых ФАПов, закупки медицинского транспорта для местных фельдшеров, привлечения врачей в села и т.п., выглядит непоследовательной. На практике дефициты системы здравоохранения компенсируются местными сообществами, от которых во многом и зависит устройство заботы о пожилых. Преодоление кризисности сельской инфраструктуры через развитие сельской медицины требует не только формальных изменений, но и учета потребностей местных жителей, а также особенностей их опыта обращения к государственной системе здравоохранения.

Библиография

Богданова Е., Галкин К., Низамова А. (2024). Этики соседской заботы о пожилых в российском селе: на пути к общинному менеджериализму // Социологическое обозрение. Т. 23. № 3. С. 285–313.

Галкин К. А. (2020а). Все прелести сельской жизни? Типы профессиональной идентичности молодых врачей, работающих в сельской местности // Журнал исследований социальной политики. Т. 18. № 2. С. 175–190.

Галкин К. А. (2020б). Режимы заботы и самозаботы при отдельном проживании пожилых людей в периферийных поселениях // Социологические исследования. № 9. С. 70–78.

Галкин К. А. (2022). Практики здоровьесбережения пожилых людей в сельской местности после COVID-19 // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. Т. 67. № 3. С. 126–134.

Еругина М. В., Кром И. Л., Ермолаева О. В. и др. (2016). Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. № 5. С. 76–76.

Калининская А. А., Маликова Л. М. (2015). Проблемы и пути реформирования здравоохранения села // Социальные аспекты здоровья населения. Т. 44. № 4. С. 3.

Калининская А. А., Баянова Н. А. (2020). Научное обоснование оценки территориальной доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению // Казанский медицинский журнал. Т. 101. № 6. С. 890–896.

Козырева П. М., Смирнов А. И. (2018). Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // Гуманитарий Юга России. Т. 7. № 4. С. 33–49.

Крашенинникова Ю. А. (2015). «Неформальное здравоохранение» в современной России и факторы его развития (по материалам пилотного исследования) // Мир России. Социология. Этнология. Т. 24. № 4. С. 99–122.

Латышова А. А., Несветайло Н. Я., Люцко В. В., Иванова М. А. (2025). Медицинские кадры в сельской местности: тренды ключевых показателей // Здравоохранение Российской Федерации. № 69(1). С. 5–11.

Патьян Н., Голубева Е. Ю., Семан Ж., Троберт М. А. (2020). Риски социального исключения при взаимодействии государства и семьи в системе ухода за пожилыми людьми // Экология человека. № 1.

Петухова И. С. (2022). Пожилые люди в сельской местности во время пандемии COVID-19 // Журнал социологии и социальной антропологии. Т. 25. № 3. С. 187–209.

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. (2018). Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «уверенность в себе» в Европе и России // Социологический журнал. № 4. С. 30–53.

Чернышев В. М., Стрельченко О. В., Мингазов И. Ф. (2021). Последствия реформирования здравоохранения в РФ [1990–2020 гг.]. Проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. Т. 24. № 2. С. 86–102.

Becker E., Boreham R. (2009). Understanding the risks of social exclusion across the life course: Older age // Social Exclusion Task Force.

Braun V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology // Qualitative Research in Psychology. Vol. 3. № 2. P. 77–101.

Buffe T., Phillipson C., Scharf T. (2013). Experiences of neighbourhood exclusion and inclusion among older people living in deprived inner-city areas in Belgium and England // Ageing & Society. Vol. 33(1). P. 89-109.

Colibaba A., Skinner M. W., Russell E. (2021). Rural aging during COVID–19: A case study of older voluntarism // Canadian Journal on Aging. https://doi. org/10.1017/S0714980821000386.

Grigoryeva I., Parfenova O., Dmitrieva A. (2021). Social policy for older people in the post-Soviet space: How do pension systems and social services influence social exclusion? // Social Exclusion in Later Life: Interdisciplinary and Policy Perspectives. Cham: Springer International Publishing. P. 385-395.

Dahlberg L. (2019). Ageing in a changing place: A qualitative study of neighbourhood exclusion // Ageing and Society. Vol. 40. № 10. P. 2238–2256.

Denzin N. K. (2012). Triangulation 2.0 // Journal of Mixed Methods Research. Vol. 6. № 2. P. 80–88.

Dwyer P., Hardill I. (2011). Promoting social inclusion? The impact of village services on the lives of older people living in rural England // Ageing & Society. Vol. 31. № 2. P. 243-264.

Filipkowski K. B. et al. (2010). Do healthy people worry? Modern health worries, subjective health complaints, perceived health, and health care utilization // International Journal of Behavioral Medicine. Vol. 17. P. 182-188.

Jehoel-Gijsbers G., Vrooman J. (2008). Social exclusion of the elderly // Centre for European Policy Studies, European Network of Policy Research Institutes. Brussels. P. 40.

Joseph A. E., Cloutier-Fisher D. (2004). Ageing in Rural Communities: Vulnerable People in Vulnerable Places. L.: Routledge.

Korolenko A. V. (2021). Health-saving attitudes as a factor promoting self-preservation behavior: Approaches to the study and experience in typology // Ekonomicheskie i Sotsialnye Peremeny. Vol. 14. №. 4. С. 59-76.

Lefebvre H. (1991). The Production of Space. Vol. 142. Blackwell: Oxford.

Miranti R., Peng Y. (2015). Why social exclusion persists among older people in Australia // Social Inclusion. Vol. 3. № 4. P. 112-126.

Pani-Harreman K. E., Bours G., Zander I. et al. (2021). Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': A scoping review // Ageing & Society. Vol. 41. № 9. P. 2026–2059.

Parfenova O. A. (2022). Health-saving practices of older city dwellers in the context of delayed aging //Advances in Gerontology = Uspekhi Gerontologii. Vol. 35. № 5. P. 679-685.

Phillipson C. (2011). Developing age-friendly communities: New approaches to growing old in urban environments // Handbook of Sociology of Aging. P. 279–293.

Petersen M., Minnery J. (2013). Understanding daily life of older people in a residential Complex: The contribution of Lefebvre's social space // Housing Studies. Vol. 28. № 6. P. 822–844.

Sanders D. (2023). The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment. Oxford University Press.

Scharf T., Phillipson C., Smith A. E. (2005). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England // European Journal of Ageing. Vol. 2. № 2. P. 76-87.

Somporn P., Ash J., Walters L. (2018). Stakeholder views of rural community-based medical education: A narrative review of the international literature // Medical Education. Vol. 52. № 8. P. 791–802.

Spoor M., Tasciotti L., Peleah M. (2014). Quality of life and social exclusion in rural Southern, Central and Eastern Europe and the CIS // Post-Communist Economies. Vol. 26. № 2. P. 201-219.

Van Regenmortel S., De Donder L., Smetcoren A. S., Lambotte D., De Witte N., Verté D. (2018). Accumulation of disadvantages: Prevalence and categories of old-age social exclusion in Belgium // Social Indicators Research. Vol. 140. № 3. P. 1173-1194.

Walsh K., O'Shea E., Scharf T., Murray M. (2012). Ageing in changing community contexts: Cross-border perspectives from rural Ireland and Northern Ireland // Journal of Rural Studies. Vol. 28. № 4. P. 347-357.

Walsh K., O'Shea E., Scharf T., Shucksmith M. (2014). Exploring the impact of informal practices on social exclusion and age-friendliness for older people in rural communities // Journal of Community & Applied Social Psychology. Vol. 24. № 1. P. 37-49.

Walsh K., Scharf T., Keating N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework // European Journal of Ageing. Vol. 14. № 1. P. 81–98.

Walsh K., Scharf T., Van Regenmontel S., Wanka A. (2020). Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives. Cham: Springer Internationl Publishing.

Wanka A., Moulaert T., Drilling M. (2018). From environmental stress to spatial expulsion: Rethinking concepts of socio-spatial exclusion in later life // International Journal of Ageing and Later Life. Vol. 12. № 2. P. 25–51.

Wiles J. L., Leibing A., Guberman N. et al. (2012). The meaning of "aging in place" to older people // Gerontologist. Vol. 52. № 3. P. 357–366.

Health of the elderly in the Russian village

Irina S. Petukhova, PhD (Sociology), Senior Researcher, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences — Branch of the Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences. 190005, Saint Petersburg, 7th Krasnoarmeiskaia st., 25/14, Associate Professor, Petrozavodsk State University. 185910, Petrozavodsk, Prosp. Lenina, 33. E-mail: irini-prz@yandex.ru

Oksana A. Parfenova, PhD (Sociology), Senior Researcher, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences — Branch of the Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences. 190005, Saint Petersburg, 7th Krasnoarmeiskaia St., 25/14. E-mail: oparfenova2023@yandex.ru

Konstantin A. Galkin, PhD (Sociology), Senior Researcher, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences — Branch of the Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences. 190005, Saint Petersburg, 7th Krasnoarmeiskaia St., 25/14. E-mail: kgalkin1989@mail.ru

Abstract. The article considers the perception of health and health-preserving behavior by the elderly rural residents. Today Russian villages are viewed as crisis-prone spaces characterized by poor infrastructure and limited access to medical care. In 2024, the authors conducted in-depth interviews with the elderly (60+) (N=42) and rural care organizers (N=23) and prepared detailed descriptions with photographs of nine villages in the Leningrad Region, Novgorod Region, and the Republic of Karelia. The elderly define their health as spatial functionality — the ability to maintain one's home, one's household, and oneself. As mobility decreases, the space of functionality narrows — from the village to the household, and at the last stage to one's home and body. Despite the declining functionality, there remains a need for autonomy, and a system of external support becomes increasingly important — assistance from relatives, neighbors, medical and social workers is vital in the countryside with its crisis conditions and a required wide range of necessary assistance. The rural medical worker can play a key role as a medical care organizer provided necessary infrastructure (for example, a first aid station and a special medical vehicle with a driver). However, the presence of infrastructure does not guarantee expanded access to medical care or its improved quality, as it may be difficult to find medical personnel willing to work in the village. Thus, the health-preserving behavior of the rural elderly is a crisis adaptation tactic in which the close social circle and local community play a significant role.

Key words: aging in rural areas, health of the elderly, medicine in the village, accessibility of medicine for the elderly, rural infrastructure, state healthcare policy

References

Becker E., Boreham R. (2009) Understanding the risks of social exclusion across the life course: Older age. *Social Exclusion Task Force*.

Bogdanova E., Galkin K., Nizamova A. (2024) Etiki sosedskoy zaboty o pozhilyh v Rossiyskom sele: na puti k obshchinnomu menedzhirializmu [Ethics of neighborly care for the elderly in the Russian village: On the way to community managerialism]. *Russian Sociological Review,* vol. 23, no 3, pp. 285–313.

Braun V., Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* vol. 3, no 2, pp. 77–101.

Buffel T., Phillipson C., Scharf T. (2013) Experiences of neighborhood exclusion and inclusion among older people living in deprived inner-city areas in Belgium and England. *Ageing & Society*, vol. 33, no 1, pp. 89–109.

Chernyshev V. M., Strelchenko O. V., Mingazov I. F. (2021) Posledstviya reformirovaniya zdravookhraneniya v RF [1990–2020 gg.]. Problemy i predlozheniya [Consequences of the healthcare reform in the Russian Federation [1990–2020]. Problems and suggestions]. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the Higher School of Healthcare,* vol. 24, no 2, pp. 86–102.

Colibaba A., Skinner M. W., Russell E. (2021) Rural aging during covid-19: A case study of older voluntarism. *Canadian Journal on Aging*. URL: https://doi. org/10.1017/S0714980821000386.

Dahlberg L. (2019) Ageing in a changing place: A qualitative study of neighborhood exclusion. *Ageing & Society*, vol. 40, no 10, pp. 2238–2256.

Denzin N. K. (2012) Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research,* vol. 6, no 2, pp. 80–88.

Dwyer P., Hardill I. (2011) Promoting social inclusion? The impact of village services on the lives of older people living in rural England. *Ageing & Society*, vol. 31, no 2, pp. 243–264.

Erugina M. V., Krom I. L., Ermolaeva O. V. et al. (2016) Sovremennye problemy organizatsii meditsinskoy pomoshchi selskomu naseleniyu [Today's problems in organizing medical care for the rural population]. *Contemporary Issues of Science and Education,* no 5.

Filipkowski K. B. et al. (2010) Do healthy people worry? Modern health worries, subjective health complaints, perceived health, and health care utilization. *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 17, pp. 182–188.

Galkin K. A. (2020a) Vse prelesti selskoy zhizni? Tipy professionalnoy identichnosti molodyh vrachey, rabotayushchih v selskoy mestnosti [All joys of rural life? Types of the professional identity of young doctors working in rural areas]. *Journal of Social Policy Studies,* vol. 18, no 2, pp. 175–190.

Galkin K. A. (2020b) Rezhimy zaboty i samozaboty pri otdelnom prozhivanii pozhilyh lyudey v periferiynyh poseleniyah [Regimes of care and self-care when the elderly live separately in peripheral settlements]. *Sociological Studies,* no 9, pp. 70–78.

Galkin K. A. (2022) Praktiki zdorovyesberezheniya pozhilyh lyudey v selskoy mestnosti posle covid-19 [Health-preserving practices of the elderly in rural areas after covid-19]. *Bulletin of the Lobachevsky University of Nizhny Novgorod. Series: Social Sciences,* vol. 67, no 3, pp. 126–134.

Grigoryeva I., Parfenova O., Dmitrieva A. (2021) Social policy for older people in the post-Soviet space: How do pension systems and social services influence social exclusion? *Social Exclusion in Later Life: Interdisciplinary and Policy Perspectives,* Cham: Springer International Publishing, pp. 385–395.

Jehoel-Gijsbers G., Vrooman J. (2008) Social exclusion of the elderly. *Centre for European Policy Studies, European Network of Policy Research Institutes*, Brussels.

Joseph A. E., Cloutier-Fisher D. (2004) *Ageing in Rural Communities: Vulnerable People in Vulnerable Places*, London: Routledge.

Kalininskaya A. A., Malikova L. M. (2015) Problemy i puti reformirovaniya zdravookhraneniya sela [Problems and ways of reforming rural healthcare]. *Social Aspects of Population Health,* vol. 44, no 4.

Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. (2020) Nauchnoe obosnovanie otsenki territorialnoy dostupnosti pervichnoy vrachebnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi selskomu naseleniyu [Scientific basis for assessing the territorial accessibility of primary healthcare for the rural population]. *Kazan Medical Journal,* vol. 101, no 6, pp. 890–896.

Korolenko A. V. (2021) Health-saving attitudes as a factor of self-preserving behavior: Approaches to the study and a typology. *Economic and Social Changes,* vol. 14, no 4, pp. 59–76.

Kozyreva P. M., Smirnov A. I. (2018) Problemy meditsinskogo obsluzhivaniya v selskoy mestnosti [Problems of medical care in rural areas]. *Humanitarian of the South of Russia,* vol. 7, no 4, pp. 33–49.

Krasheninnikova Yu.A. (2015) "Neformalnoe zdravookhranenie" v sovremennoy Rossii i faktory ego razvitiya (po materialam pilotnogo issledovaniya) ["Informal healthcare" in today's Russia and factors of its development (based on the exploratory study)]. *World of Russia. Sociology. Ethnology,* vol. 24, no 4, pp. 99–122.

Latyshova A. A., Nesvetailo N.Ya., Lyutsko V. V., Ivanova M. A. (2025) Meditsinskie kadry v selskoy mestnosti: trendy klyuchevyh pokazateley [Medical personnel in rural areas: Key indicators trends]. *Healthcare of the Russian Federation,* vol. 69, no 1, pp. 5–11.

Lefebvre H. (1991) *The Production of Space,* vol. 142, Oxford: Blackwell.

Miranti R., Peng Y. (2015). Why social exclusion persists among older people in Australia. *Social Inclusion*, vol. 3, no 4, pp. 112–126.

Pani-Harreman K. E., Bours G., Zander I. et al. (2021) Definitions, key themes and aspects of "ageing in place": A scoping review. *Ageing & Society,* vol. 41, no 9, pp. 2026–2059.

Parfenova O. A. (2022) Health-saving practices of the urban elderly in the context of delayed aging] *Advances in Gerontology,* vol. 35, no 5, pp. 679–685.

Patyan N., Golubeva E.Yu., Seman J., Trobert M. A. (2020) Riski sotsialnogo isklyucheniya pri vzaimodejstvii gosudarstva i semyi v sisteme ukhoda za pozhilymi lyudmi [Risks of social exclusion in the interaction of the state and the family in the care system for the elderly]. *Human Ecology,* no 1.

Phillipson C. (2011) Developing age-friendly communities: New approaches to growing old in urban environments. *Handbook of Sociology of Aging,* pp. 279–293.

Petersen M., Minnery J. (2013) Understanding daily life of older people in a residential complex: The contribution of Lefebvre's social space. *Housing Studies*, vol. 28, no 6, pp. 822–844.

Petukhova I. S. (2022) Pozhilye lyudi v selskoy mestnosti vo vremya pandemii covid-19 [Older people in rural areas during the covid-19 pandemic]. *Journal of Sociology and Social Anthropology,* vol. 25, no 3, pp. 187–209.

Rusinova N. L., Safronov V. V. (2018) Psikhologicheskie mediatory sotsialnyh neravenstv v zdorovye: "uverennost v sebe" v Evrope i Rossii [Psychological mediators of social inequalities in health: "Self-confidence" in Europe and Russia]. *Sociological Journal,* no 4, pp. 30–53.

Sanders D. (2023) *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment*, Oxford University Press.

Scharf T., Phillipson C., Smith A. E. (2005) Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *European Journal of Ageing*, vol. 2, no 2, pp. 76–87.

Somporn P., Ash J., Walters L. (2018) Stakeholder views of rural community-based medical education: A narrative review of the international literature. *Medical Education,* vol. 52, no 8, pp. 791–802.

Spoor M., Tasciotti L., Peleah M. (2014) Quality of life and social exclusion in rural Southern, Central and Eastern Europe and the CIS. *Post-Communist Economies*, vol. 26, no 2, pp. 201–219.

Van Regenmortel S., De Donder L., Smetcoren A. S., Lambotte D., De Witte N., Verté D. (2018) Accumulation of disadvantages: Prevalence and categories of old-age social exclusion in Belgium. *Social Indicators Research*, vol. 140, no 3, pp. 1173–1194.

Walsh K., O'Shea E., Scharf T., Murray M. (2012) Ageing in changing community contexts: Cross-border perspectives from rural Ireland and Northern Ireland. *Journal of Rural Studies*, vol. 28, no 4, pp. 347–357.

Walsh K., O' Shea E., Scharf T., Shucksmith M. (2014) Exploring the impact of informal practices on social exclusion and age-friendliness for older people in rural communities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 24, no 1, pp. 37–49.

Walsh K., Scharf T., Keating N. (2017) Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, vol. 14, no 1, pp. 81–98.

Walsh K., Scharf T., Van Regenmontel S., Wanka A. (2020) *Social Exclusion in Later Life. Interdisciplinary and Policy Perspectives*, Cham: Springer International Publishing.

Wanka A., Moulaert T., Drilling M. (2018) From environmental stress to spatial expulsion: Rethinking concepts of socio-spatial exclusion in later life. *International Journal of Ageing and Later Life*, vol. 12, no 2, pp. 25–51.

Wiles J. L., Leibing A., Guberman N. et al. (2012) The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist*, vol. 52, no 3, pp. 357–366.