

Елена Богданова (ЕУСПб / ЦНСИ)

Режим заботы о пожилых маломобильных людях в периферийных поселениях: успехи и неудачи в преодолении социального исключения

Введение

Современная Россия входит в ряд стран, в которых активно происходят процессы старения населения. Проблема организации ухода за пожилыми становится все более заметной. Особенно это касается группы пожилых старше 75 лет, испытывающих проблемы с мобильностью и нуждающихся в сторонней помощи. Еще более остро она встает в российских поселениях, отдаленных от крупных урбанизированных центров. Почему происходит так, кто и как пытается решать эту проблему — изучению этих вопросов посвящена данная статья.

Особенность российской системы социально-медицинского обслуживания состоит в том, что основные ресурсы медико-социальной инфраструктуры сосредоточены в крупных урбанизированных центрах (Федеральный справочник 2012). Центры социального обслуживания с основными ресурсами социальной, психологической, реабилитационной помощи, как правило, располагаются в районных и областных центрах. Медицинские услуги в отдаленных поселениях обычно представлены только фельдшерско-акушерскими пунктами, амбулаториями, участковыми больницами, которые относятся к первому из трех уровней системы оказания медицинской помощи. Это означает, что они обеспечивают меры профилактики, оказывают первичную, скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, и лечат самые распространенные заболевания¹.

¹ См. Отчет Правительства о ходе работы по выполнению поручения президента России № Пр-2183ГС от 18 сентября 2013 года (абзац

Социальные географы используют для определения поселений, отдаленных от урбанизированных центров, широкое понятие *периферийности* (Бабурин 2002). Согласно этому подходу, большинство населенных пунктов образует взаимосвязанные группы — территориальные системы поселений (расселения), внутри которых можно выделить: центральное поселение, имеющее административное значение, самые крупные размеры, и/или хозяйственные организующие функции; поселения-спутники, наиболее тесно связанные с центральным поселением и расположенные в непосредственной близости от него; и периферийные поселения — остальные населенные пункты. Основное внимание этого исследования направлено именно на такие поселения — села и поселки Ленинградской области, территориально отдаленные от городов областного и районного значения.

Для сельской местности в России характерны низкая плотность населения и большая удаленность небольших населенных пунктов друг от друга. В результате средний радиус района обслуживания составляет 60 км, причем часто удаленность населенных пунктов от районного центра превышает 100 км. Удаленность пациентов от участкового терапевта может достигать 10 км и более (Стародубов, Щепин и др. 2014). По данным счетной палаты на 2015 год, 17,5 тысяч населенных пунктов России не имели никакой медицинской инфраструктуры, из них 11 тысяч расположены более чем в 20 километрах от ближайшей медорганизации, где есть врач. Причем 35 % населенных пунктов не охвачены общественным транспортом, а 879 малых населенных пунктов «не прикреплены ни к одному ФАПу [фельдшерско-акушерскому пункту. — Е. Б.] или офису врачей общей практики» (Грицюк 2015).

Противоречие, когда основные ресурсы профессиональной медико-социальной помощи отдалены от остро нуждающихся в них пожилых людей, послужило основанием для формулировки главного вопроса статьи: кто же берет на себя заботу о пожилых маломобильных людях, проживающих в периферийных поселениях, т. е. как складывается режим заботы и насколько он успешен

второй подпункта «а» пункта 1) о принятии мер по повышению доступности медицинской помощи, расширению возможностей ее оказания (Правительство России 2014).

в преодолении социального исключения людей этой группы? Что говорит режим заботы о пожилых о трансформации государства благосостояния в современной России?

Методы исследования и описание данных

В тексте изложены результаты качественного эмпирического исследования², проведенного в периферийных поселениях Ленинградской области в 2015–2016 годах на базе Центра независимых социологических исследований³. В исследовании применялась качественная методология. Основным объемом материалов был собран при помощи метода полуструктурированного интервью с элементами биографического метода. Наблюдение использовалось как дополнительный метод сбора эмпирического материала: увиденное и услышанное при посещении информантов фиксировалось в дневнике наблюдений, который велся в период активной полевой работы с марта по июнь 2015 года. Согласования интервью, рассказы о приготовлениях к нашим визитам, организация жилого пространства часто оказывались информативными данными, которые раскрывали детали повседневности пожилых, их связей с внешним миром, заботы, получаемой ими из разных источников.

Для исследования были выбраны одно сельское и два поселковых поселения в Ленинградской области. Самое отдаленное из них находится на расстоянии 80 км, самое приближенное — на расстоянии 40 км от Санкт-Петербурга. Численность населения в них варьируется от 4,5 до 12 тысяч человек. Все три поселения

² Многие идеи, высказанные в этом тексте, родились в процессе обсуждений результатов исследования с коллегами, с сотрудниками Центра независимых социологических исследований Еленой Чикадзе, Натальей Кравец и Дарьей Скибо.

³ По решению Минюста РФ, автономная некоммерческая организация «Центр независимых социологических исследований» (АНО «ЦНСИ») включена в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции ИА (N 121-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части регулирования деятельности некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента» от 20.07.2012).

административно относятся к одному районному центру — небольшому городу. Каждое из поселений имеет транспортное сообщение с районным и областными центрами. Жители поселений прикреплены к центрам социального обслуживания в районном и областном центрах. В каждом из поселений существуют пункты медицинской помощи: ФАПы и поликлиники, относящиеся к первому уровню оказания медицинской помощи. Поселения, в которых проводилось исследование, достаточно крупные, однако ни в одном из них не функционирует общественный транспорт, курсирующий по территории поселений. Это означает, что перемещение возможно пешком либо на собственном транспорте (автомобиль, велосипед).

Поселения, в которых проводилось исследование, представляют не самые крайние случаи. По общим характеристикам на фоне российской глубинки они скорее тяготеют к благополучным. Все они не очень сильно удалены от районного и областного центров. Это делает возможным, например, регулярное посещение пожилых родственниками, которые проживают в близлежащих городах, и в случаях необходимости это облегчает обслуживание пожилых в районном и областном центрах. Все поселения имеют сравнительно большую численность населения, что формирует ресурс местного сообщества, которое также может брать на себя определенные функции заботы.

Ключевую группу информантов составили пожилые люди старшей возрастной группы (старше 75 лет), испытывающие сложности с передвижением, и лица, осуществляющие повседневный уход за ними. Также проводились интервью с экспертами, которые причастны к организации и обеспечению ухода за пожилыми в самих поселениях и в Санкт-Петербурге — областном центре, где располагаются главные инфраструктурные объекты: головные офисы социальных центров, больницы, административные учреждения.

В статье используются шесть интервью (из 16 взятых в ходе исследования) с маломобильными пожилыми людьми, все они без высшего образования (большинство — с неполным средним образованием, одна — со средним специальным). Все информанты — женщины в возрасте от 75 до 87 лет. Двое из них живут в семьях с детьми, еще двое проживают вместе — сестры 85 и 87 лет, незамужние и бездетные, опекаемые племянником, который живет в Санкт-Петербурге; одна — одинокая, не имеющая родствен-

ников и пользующаяся услугами социального работника; и еще одна информантка, проживающая одиноко, за ней одновременно ухаживают социальный работник и дочь, которая постоянно проживает и работает в Санкт-Петербурге.

Каждое интервью с пожилыми маломобильными людьми сопровождалось интервью с лицами, которые непосредственно ухаживают за ними. Четверо из ухаживающих являются членами их семей, двое — представители государственных социальных служб. Еще трое — специалисты (местные жители), регулярно оказывающие профессиональные услуги ухода за пожилыми, в том числе причастные к организации ухода за информантами⁴. Также в статье использованы два экспертных интервью с представителями районных Комплексных центров социального обслуживания (КЦСОН)⁵. Аналитическая работа с интервью проходила при помощи тематического кодирования (Miles, Huberman 1994; Alhojailan 2012) и метода секвенционного анализа нарратива (Flick 2009: 345–350).

Социальное исключение маломобильных пожилых в периферийных поселениях: поиск концептуальной модели

Механизмы социального исключения пожилых людей имеют свои особенности (Burchardt et al. 2002; Burchardt et al. 1999: 229–230). Возраст отмечается в исследованиях как важнейший фактор исключения из социальных отношений, особенно для лиц старше 80 (Barnes et al. 2006). Старение, как правило, связывается с окончанием трудовой деятельности, нарастанием проблем со здоровьем (Jehoel-Gijsbers, Vrooman 2008) и часто — одиноким проживанием (Barnes et al. 2006). По мере старения число социальных связей и контактов сокращается в силу естественного уменьшения круга знакомых и друзей. Одновременно с этими процессами нарастает необходимость посторонней помощи

⁴ Одна из информанток является профессиональным социальным работником. На момент проведения исследования она официально не работала, но оказывала услуги ухода за престарелыми односельчанами на коммерческих условиях либо безвозмездно.

⁵ Список информантов см. перед «Литературой».

в осуществлении различных видов деятельности, включая простейшие практики самообслуживания.

Организация заботы о пожилых в том или ином обществе зависит от множества факторов, среди которых социальная и семейная политика государства, уровень благосостояния общества и развитости медико-социальной инфраструктуры, нормы внутрисемейной заботы о пожилых. Итальянский исследователь Марко Альбертини предлагает выделять три основных компонента, составляющих в разных конфигурациях режимы заботы о старшем поколении: семья и неформальные сети (в том числе забота местного сообщества — *community care*), частные коммерциализированные ресурсы и государственная система социальных и медицинских услуг (Albertini 2014: 134–135). Акцентируя внимание на различиях формальной (государственной) и неформальной (семейной, соседской) заботы, Альбертини не рассматривает такого важного провайдера, как некоммерческие организации. Из конфигурации сил, оказывающих заботу о пожилых в периферийных российских поселениях, НКО также практически полностью исключены. Количество негосударственных организаций, которые оказывают систематически целевые услуги для маломобильных пожилых людей, исчезающе мало. В районе, в котором проводилось исследование, подобных организаций нет.

Режим заботы определяется конфигурацией компонентов, а именно тем, кто и на каких условиях берет на себя ответственность и осуществляет уход за зависимыми категориями граждан (Anttonen, Sipilä 1996; Ungerson 1995). Четкое разделение ответственностей между основными компонентами или провайдерами заботы является известным упрощением. Режим заботы в каждом конкретном случае может представлять сочетания услуг различных провайдеров ухода, выстраиваться в зависимости от объекта заботы (Чернова 2011: 299). Сбалансированность усилий провайдеров должна способствовать уменьшению социальной исключенности.

Система государственного социального обслуживания пожилых в России представлена сетью КЦСОНов. Центры существуют во всех районах Санкт-Петербурга. Существует база для оказания социального обслуживания пожилых и психологической помощи (в том числе на дому) им, центры дневного пребывания, услуги помощи в оформлении документов, удостоверений, соци-

ально-реабилитационные отделения граждан пожилого возраста (Парфенова 2017; Григорьева, Чернышова 2009). Несмотря на видимое разнообразие, исследователи государственной системы социального обслуживания в целом оценивают ресурсы государственной заботы как недостаточные (Богданова и др. 2015; Чернова 2011). Для жителей периферийных поселений они недоступны в силу территориальной удаленности. Услуги ухода на дому универсальны для всех типов поселений. Они осуществляются социальными работниками, и фактически это единственный ресурс государственной социальной заботы, который функционирует за пределами крупных урбанизированных центров.

В Российской Федерации как в сфере законодательства, так и в общественном мнении приоритет отдается традиционному режиму заботы, согласно которому уход за престарелыми родственниками ложится прежде всего на семью. Имеют значение и моральные нормы, осуждающие людей, которые помещают родственников в дома престарелых (Артеменко 2014; Корчагина, Прокофьева 2009; Попова 2009: 179). В последние годы возрастает запрос со стороны семьи на профессиональную помощь в уходе за пожилыми родственниками (Прокофьева 2009: 252; Ткач 2015). При этом доступность качественного рыночного предложения услуг по уходу остается низкой как в силу неразвитости системы этого типа поддержки, так и высокой стоимости таких услуг.

В условиях периферийных поселений семья и неформальные сети поддержки приобретают особое значение, поскольку представленность альтернативных провайдеров весьма ограничена. На протяжении последних 20 лет сохраняется устойчивая тенденция оттока трудоспособного населения из сел (Россия — страна умирающих деревень 2016: 11–15). Более молодые члены семьи переезжают в города областного или районного значения либо за пределы страны, хотя и сохраняют связь с пожилыми родственниками. К интересным выводам пришли исследователи, изучившие качество контактов пожилых людей с более молодыми родственниками и зависимость их от развития информационных технологий, предоставляющих новые способы коммуникации. Исследование, проводившееся в семи западных странах в 1988–2001 годах, показало, что число дистанцированных контактов между престарелыми родителями и их детьми по телефону и скайпу увеличивается, при этом сокращается количество

личных встреч (Treas, Gubernskaya 2012). Другими словами, родственники поддерживают постоянный контакт с пожилыми и оказывают им регулярную помощь, однако не присутствуют рядом с ними постоянно, соответственно, не могут оперативно реагировать на экстренные ситуации и оказывать неотложную помощь.

Сами пожилые постепенно утрачивают возможности покидать поселения из-за ухудшающегося здоровья, а также и из-за неразвитой сети общественного транспорта. Доступ к транспорту рассматривается исследователями как важнейший фактор преодоления социального исключения пожилых, особенно если их локализация удаляется от урбанизированных центров (Barnes et al. 2006; Hoff 2008). В условиях российской периферии уровень развития общественного транспорта вряд ли можно считать фактором, способствующим преодолению социального исключения пожилых. Транспортные услуги там развиты слабо. Система общественного транспорта в сельской местности обычно отсутствует, а рейсовый транспорт, способный доставить в близлежащие поселения, в районный и областной центры, не приспособлен для пользования пожилыми маломобильными людьми.

На фоне возрастающего запроса на неотложную, повседневную помощь в обеспечении поддержки пожилых особую значимость обретают в том числе многочисленные неформальные сети: соседские, профессиональные, родственные. В России на данный момент отсутствуют институционализированные программы помощи местных сообществ (*community care*), которые могут включать услуги профессиональных медсестер, сиделок, парикмахеров, диетологов. Говоря о помощи сообщества в российских сельских поселениях, мы имеем в виду неформальные связи и солидарности, базирующиеся на основаниях соседства, тесных межсемейных отношений, дружбы, сочувствия. Помощь местного сообщества как ресурс заботы в российских периферийных поселениях практически не изучена. При этом исследования, проводившиеся в российской сельской местности, отмечают существование тесных многоуровневых связей между членами местных сообществ (Богданова 2017; Бредникова 2012; Штейнберг 2004). По сей день в сельских сообществах сохраняются традиционные практики обмена, сложная система взаимозачетов. Это говорит о потенциале развития неформальных практик взаимопомощи местного сообщества.

Результаты исследований жизни пожилых людей в различных обществах с различными политиками и режимами заботы показывают, что локализация пожилых людей относительно необходимых им благ является важнейшим обстоятельством, определяющим степень их социальной интеграции. В ситуации, когда пожилые не располагают возможностью самостоятельно добратся до необходимых инфраструктурных ресурсов, возрастает их зависимость от провайдеров заботы — помощников-медиаторов, которые решают проблемы доступа к необходимым благам, обслуживая пожилых людей на дому, доставляя им необходимые продукты, решая проблемы взаимодействия с медицинскими учреждениями и обеспечения лекарствами.

Доступ пожилых к ресурсам медико-социального обслуживания в периферийных поселениях: три круга исключения

Сложности организации ухода за пожилыми маломобильными людьми в сельской и поселковой местности обретают специфику. Пожилые люди, попавшие в выборку исследования, испытывают разные ограничения в мобильности. Некоторые из них полностью замкнуты в пространстве своего жилища, другие способны передвигаться в пределах двора или, например, дойти раз в неделю до ближайшего магазина. Все они испытывают сложности с удовлетворением простейших потребностей. Несомненной особенностью повседневности пожилых людей, проживающих в селах и поселениях поселкового типа, является тип жилища. Многие проживают в частных домах с печным отоплением без привычных для города удобств: водопровода, канализации, мусоропровода. Повседневное самообслуживание включает такие практики, как доставка воды в дом из колодца, поход за дровами или углем, вынос мусора. Деревянные дома, построенные много десятилетий назад, требуют регулярного ухода и ремонта. Такой осложненный быт — это первый круг исключения, с которым сталкиваются пожилые маломобильные люди. Для поддержания нормальной рутины жизни они вынуждены привлекать помощников.

Второй круг исключения можно условно ограничить пространством поселения. Даже при сохранной возможности передвижения

посещение медицинских учреждений может быть связано с рядом препятствий. В каждом из поселений, в которых проводилось исследование, существуют медицинские учреждения, однако попасть на прием не так просто. В поселениях отсутствует общественный транспорт. Пожилые люди пользуются такси, но, по их признанию, это дорого и неудобно, кроме того, такси доступно только для тех, у кого сохраняются хотя бы минимальные возможности передвижения. Организация одного посещения врача требует предварительного визита для записи на прием, не всегда это удается с первого раза. Из интервью с 85-летней женщиной, которая по мере сил ухаживает за своей 87-летней сестрой, полностью утратившей возможность передвижения:

Сходила узнала, есть ли номерки. Раньше или по записи, или номерки. А там сказали мне в регистратуре: «Номерков нет, на записи. <...> В пятницу, приходите в пятницу». Я пошла в пятницу. Вот. Номерков нету, номерки уже раздали. Вот. А не сказали, что номерки будут, регистратура-то. Ну, я говорю: «А почему это так, не сказали, ни номерки, ничего». — «Мы вам выпишем вот бумажку-то», туда идти, к врачихе. Ну, выписала. Там еще был мужчина старенький, с дочкой, дочкой приведен. Так, может, примет? Просидела, а она меня не приняла. И того мужчину не приняла. А народу было совсем мало. Так они ж тоже не очень-то. Нет хозяйина, наверно, на них (кейс 4, пожилой человек, ухаживающий, жен., 1930 г. р., ухаживает за старшей сестрой, неполн. ср. обр., поселение 2).

Поликлиника находится в сорока минутах ходьбы от дома. Каждый такой поход дается с большим трудом. В ситуации, описанной в цитате, порядок приема пожилых не отличается от приема других пациентов. Согласно информантке, врачи не склонны проявлять гибкость в отношении пожилых, даже при наличии временного ресурса.

Визит к врачу может быть также осложнен техническими новациями. Введенные в медицинских учреждениях электронные очереди и новые схемы записи к специалистам непонятны и часто недоступны для пожилых пациентов. Запись на прием к врачу онлайн или перерегистрация в электронных базах данных — действия, которые никто из наших информанток не способен осуществить самостоятельно в силу отсутствия доступа к интернету, технических средств и навыков пользования ими.

Помещения поликлиник обычно плохо приспособлены для посещения маломобильными людьми:

Вот тут совсем уши, думала, пробки промою и слышать буду. Вот эта Дашенька [соработник. — Е. Б.] меня взяла, я такси наняла, свезли туда. А там лестница, а на лестнице порог, скоро будет совсем не перешагнуть. А бывает, иду-иду, если не костыли, то подворачиваются-то артрозы-то, и валюсь. А палки держат. И Дашенька в регистратуру сбежала, и это самое, к ЛОРу свела, на второй этаж. Там, это самое, за одну перилку, а другой мне надо за кого-то держаться, если на лестницу подняться. И потихонечку. Ну, так пока (кейс 1, пожилой человек, жен., 1937 г. р., неполн. ср. обр., поселение 3).

Остро стоит проблема личной гигиены пожилых. Привычная практика ходить в баню недоступна опять же в силу пространственной отдаленности. По бане скучают, о бане мечтают, однако посещение бани информантками сопряжено с таким количеством сложностей и рисков, что ни родственники, ни другие помощники не берут на себя организацию подобных мероприятий. Относительным решением проблемы является посещение частных бань по приглашению соседей. Частные дома могут быть оборудованы душевыми, однако дома не подключены к канализационным системам. При регулярном пользовании душем необходимо также регулярно решать проблему очищения сливных ям. Важно отметить, что даже в случае проживания в благоустроенной квартире с ванной и горячей водой не всем пожилым под силу самостоятельно регулярно осуществлять практики личной гигиены.

Мало кто из информанток способен ежедневно посещать магазины. Для покупки самых элементарных продуктов питания или лекарств в аптеке они вынуждены привлекать помощников. В случае совместного проживания с пожилыми родственники берут на себя обеспечение их быта. Если родственники проживают отдельно в близлежащих городах, обеспечение быта информаток превращается в непростую задачу либо требует дополнительных помощников. Чаще всего эту функцию выполняют социальные работники или равнодушные соседи.

Третий уровень исключения — это ресурсы социально-медицинской инфраструктуры, которые находятся за пределами поселения и по административным нормам обязаны обслуживать пожилых, проживающих в периферийных поселениях. Психологи,

реабилитационные центры, центры дневного пребывания, офисы центров социального обслуживания расположены в городах областного и районного значения. Как правило, на уровне сельского/поселкового поселения пожилых обслуживают социальные работники — низовое звено длинной бюрократической цепочки. Транспортными средствами социальные службы не располагают, поэтому все перемещения социальных работников между обслуживаемыми поселениями, а также поездки в офисы Центров происходят на общественном транспорте — рейсовых автобусах. Посещение подопечных, которые проживают в близлежащих поселениях, подстроено социальными работниками под расписание автобусов и, соответственно, зависимо от любых сбоев и задержек в работе рейсового транспорта. При необходимости перемещения пожилых людей работники пользуются услугами обычных такси. Услуги социального такси, которые действуют в крупных городах, недоступны в большинстве сельских и поселковых поселений.

У пожилых регулярно возникают потребности в посещении специалистов, прохождении медицинских процедур или обследований. Лечение заболеваний глаз, опорно-двигательного аппарата, эндокринологических или онкологических заболеваний требует не только материальных затрат, но и большого упорства со стороны лиц, ухаживающих за пожилыми людьми. Помимо общих сложностей с посещением медучреждений маломобильными пожилыми людьми, требуется решение ряда вопросов, которые связаны с транспортировкой биоматериалов для анализов, а также и самих пожилых людей к месту оказания медицинской помощи.

Данные исследования позволяют выделить три уровня социального исключения пожилых маломобильных людей, проживающих в периферийных поселениях. Организации быта в пределах собственного жилья, доступ к благам инфраструктуры в пределах поселения и доступ к ресурсам социально-медицинского обслуживания за пределами поселения, в районных и областных центрах. Для преодоления социального исключения пожилых требуется посторонняя помощь на каждом из этих уровней. В качестве основных провайдеров заботы действуют семья, местное сообщество и государство, воплощенное в лице социального работника, сотрудников местных медицинских учреждений, службы скорой помощи.

Успешность провайдеров заботы в преодолении социального исключения пожилых людей

Ни один из провайдеров не покрывает потребности пожилых полностью. В каждом из случаев речь идет о сочетании нескольких источников заботы при доминировании какого-то одного. В этом разделе рассматриваются комбинации при доминировании или семьи, или государства, или сообщества. Анализ вариантов позволяет проанализировать режим заботы и проследить, как в каждом из них преодолеваются барьеры социальной исключенности пожилых.

Когда основной провайдер заботы — семья

Ситуация, когда семья берет на себя основную функцию провайдера заботы, является для пожилых маломобильных людей наиболее благоприятной. В случаях совместного проживания либо проживания по соседству более молодые родственники имеют возможность постоянного участия в устройстве быта пожилых и в решении экстренных ситуаций. Члены семьи обеспечивают связь пожилых с необходимыми ресурсами, находящимися в пределах поселения: доставляют продукты питания, лекарства, организуют визиты в поликлинику, в баню, на праздники в дом культуры. В качестве примера можно привести случай семейной заботы о пожилой паре, в которой оба супруга маломобильны. С ними проживает внук, и по соседству живет дочь. Вместе они практически полностью компенсируют ограничения пожилых в мобильности в пределах поселения:

В магазин мы не ходим, нам все доставляет доченька. <...> А хлеб, батон, вот она мне звонит, едет в автобусе и мне звонит: «Мама, вам что купить и занести?» Ну, деньги-то я, конечно, даю, уж куда мне, ну и вот, все куплено, и молочко, и это, и даже другой раз придет и сварит, тут было вот мне плоховато, так вот и придет, и сварит (кейс 8, пожилой человек, жен., 1931 г. р., неполн. ср. обр., поселение 2).

В случаях, когда родственники живут в близлежащих городах и берут на себя ответственность за заботу, часть бытовых проблем ложится на плечи самих пожилых. Так, из двух престарелых

сестер (85 и 87 лет), проживающих совместно, функцию связи с ресурсами, расположенными в пределах поселения, по мере сил исполняет младшая сестра. По состоянию здоровья она и сама нуждается в уходе, но времени от времени все же способна сходить в магазин, в поликлинику, в аптеку. Иногда сестрам приходится обращаться к соседям за помощью в покупке продуктов и лекарств, в доставке дров и воды из колодца в дом.

В решении более сложных и физически тяжелых задач сестрам помогает племянник и его сыновья, проживающие в Санкт-Петербурге. Их силами делается ремонт дома, уборка во дворе, заготовка дров. На собственных автомобилях они время от времени возят сестер в местную поликлинику, а также и в Санкт-Петербург для медицинских обследований и лечения. Этот же случай показывает, что проживание ухаживающих родственников в областном центре облегчает доступ пожилых к основным ресурсам социального и медицинского обслуживания. В Санкт-Петербурге живет еще одна сестра информанток — мать племянника. Члены семьи, которые живут в городе, облегчают доступ сестер из села к отдаленным от них инфраструктурным ресурсам. Наличие родственников в городе позволяет решить вопрос временного проживания и ухода на период лечения, сопровождения, помощи в организации визитов к врачам:

Прошлый год я сделала на глазу операцию. Нынче вот второй раз, сегодня вот пошла, наверное, второй раз делать. И я ходила с ней [с сестрой, проживающей в городе. — Е. Б.] в прошлый год, в мае. С ней. Она меня свела в эти... В Ленинграде она живет. <...> И меня свела. Поставила, поставили на очередь. Ну вот. И я прошла, прошла всю комиссию с глазом (кейс 4, пожилой человек, ухаживающий, жен., 1930 г. р., ухаживает за старшей сестрой, неполн. ср. обр., поселение 2).

Обеспечение доступа к ресурсам инфраструктуры, расположенной в районном и областном центрах, гораздо сложнее для членов семьи, которые живут в том же периферийном поселении, что и сами пожилые. В случае госпитализации пожилых привычные практики ухода трансформируются, усложняются, поскольку появляется необходимость регулярных (часто ежедневных) поездок в город или временного проживания в нем. Регулярные и часто неотложные поездки в районный или областной центр необходимо совмещать с работой и решением дру-

гих бытовых и семейных вопросов. Между тем, согласно интервью, родственникам удается преодолевать барьеры расстояния и бюрократии:

У нас рядом с домом буквально останавливается 10-й автобус, он до Петербурга, и там метро, в областную больницу мы с ним съездили. Они у нас такие, транспортабельные пока, могут дойти до общественного транспорта. Ну, если что-то надо, я такси вызову. Там, когда, например, в больницу отец ложился, я такси вызвала, на такси мы с ним поехали (кейс 8, ухаживающий, дочь, жен., 1964 г. р., неполн. ср. обр., поселение 2).

Изученные случаи показывают, что семья как основной провайдер заботы участвует в обеспечении доступа маломобильных родственников к ресурсам и близкой, и отдаленной инфраструктуре. Члены семьи ассистируют в решении вопросов быта и обслуживания повседневной жизнедеятельности пожилых и также выступают как проводники связи пожилых с ресурсами социально-медицинской инфраструктуры. Среди трех уровней исключения, описанных в предыдущем разделе, наиболее сложным выглядит обеспечение доступа пожилых к инфраструктурным ресурсам, находящимся за пределами периферийных поселений, в городах районного и областного значения. Требования бюрократического аппарата, территориальная отдаленность, постоянно модифицирующиеся регламенты социально-медицинских учреждений существенно затрудняют доступ к полноценному обслуживанию на уровне района и области. Без посторонней помощи преодоление этих барьеров самими пожилыми практически невозможно. Однако результаты исследования показывают, что в тех случаях, когда основным провайдером заботы является семья, находятся возможности преодоления самого сложного уровня социального исключения.

Обеспечение заботы членами семьи, которые живут в близлежащих городах, можно рассматривать как модифицированную форму семейной заботы. Регулярно навещаая престарелых родственников, более молодые члены семьи решают основные задачи, связанные с обеспечением повседневной жизни пожилых в пределах поселений. Кроме того, проживание родственников, вовлеченных в заботу, в городе является важным ресурсом преодоления исключения пожилых, т. к. облегчает доступ к районным и областным объектам социально-медицинской инфраструктуры.

Когда основной провайдер заботы — государство

Согласно исследованию, государство как основной провайдер заботы о пожилых маломобильных людях в периферийных поселениях вступает в действие в случаях их одинокого проживания. В выборку исследования попали случаи, когда родственников у пожилых не существует или они проживают удаленно и не могут взять на себя функцию основных провайдеров заботы. Главные агенты в данном случае — социальные работники, штатные ставки которых обычно занимают жители местных сообществ. Важно также отметить, что ресурсы государственной системы социального обслуживания в периферийных поселениях недостаточны для того, чтобы обеспечить заботу обо всех нуждающихся.

Действия социальных работников в периферийных поселениях регламентируются общими нормативами оказания услуг социального ухода на дому (Федеральный закон 2013). Перечень и порядок предоставления услуг определяется подзаконными актами, которые утверждаются на уровне субъекта федерации (Социальная поддержка ветеранов 2017; Комитет по труду 2002).

Согласно нормативам, один социальный работник в рамках социальной помощи обслуживает восемь пожилых маломобильных людей на дому, в рамках медико-социальной — четверых. Каждого из них он/она посещает два раза в неделю. В интервью встречались упоминания случаев, когда регламент предоставления услуг корректируется в соответствии с возможностями и потребностями клиентов или по личной договоренности между социальными работниками и клиентами. К примеру, функция социального работника может редуцироваться исключительно до покупки и доставки продуктов, или соцработник может посещать клиента не два раза, а один раз в неделю, если клиент сам это предлагает. Однако, по признанию руководителя одного из районных КЦСОНов Санкт-Петербурга, возможности гибкости в составлении планов обслуживания клиентов сильно ограничены:

...вот была много лет назад в Финляндии, когда нам показывали, да, как живут там инвалиды: к одному раз в месяц приходит, у другого там почти круглыми сутками. <...> Вот так должно быть. Когда это у нас будет... (эксперт 2 КЦСОН)

По закону на одно посещение (в рамках социальной помощи) должно тратиться два часа. За это время социальный работник должен выполнить все необходимые действия, включая поход в магазин и приготовление пищи. Порядок обслуживания строго регламентирован, вплоть до указания времени, которое социальный работник должен затрачивать на выполнение той или иной услуги (Правительство России 2014):

...генеральная уборка раз в году, по-моему, 30 минут, что ли. <...> В общем, сопровождение к врачу раз в два месяца — 20 минут. Вы до поликлиники еще не дошли, его что, бросать, что ли, по дороге? То есть вот нормативы, конечно, непонятные. То, что мы подавали наши рекомендации, что это так, а это не так, вот они почему-то канули в Лету (эксперт 1 КЦСОН).

Стандарты предоставления услуг социальными работниками одинаковы для города и села. Таким образом, они не учитывают существенные различия в условиях проживания в городе и сельской местности. Да и если говорить о городе, то, по признанию руководителей и сотрудников КЦСОНов, в Санкт-Петербурге и области перечень услуг и временные рамки, предусмотренные для их исполнения, не отвечают реальным запросам клиентов. В одном из интервью бывший социальный работник резко критикует существующий регламент:

...им надо совершенно не то, что... Варить обед. Двадцать — это сейчас у них там написано — двадцать минут. Как ты сварешь? <...> Типа «суп с пачки». Что такое «суп с пачки»? У меня одна бабуля была, ей было 90 лет, она сейчас поехала в монастырь, она в монастыре, жива еще. Вот, это самое. Я ей варила вообще, ну и как сварить обед, первое хотя бы и второе, чтоб на три дня ей хотя бы хватило, за двадцать минут типа «суп с пачки»? <...> Ерунда. Что ее надо мыть — а за мытье бери деньги, бесплатно нет. А мытье стоило 150 рублей. А туалета вообще нету, ведро выносить — кто в частных домах — вообще нету. Вот в этих [пунктах в регламенте. — Е. Б.]. Сейчас, значит, новые там у них, значит: «Написать два письма». Какие письма? Кому ты писать будешь два письма? Что придумали, ерунду (кейс 2, ухаживающий, соцработник, поселение 1).

Бытовые условия в селе отличаются от городских. Например, регулярные гигиенические процедуры требуют больших временных затрат. В пространстве частных домов, в которых проживает

большинство пожилых, для мытья обычно приспособляется кухня. Трансформация пространства кухни под помывочную и обратно требует времени. Нужно вручную принести и вынести воду, нагреть ее на обычной плите. Схожим образом осложнены практики приготовления пищи, стирки, уборки. Нередко социальные работники готовят у себя дома и приносят уже готовую еду, а для стирки белья используют собственные стиральные машины.

Согласно регламенту обслуживания, социальные работники обязаны оказывать парикмахерские и косметические услуги подопечным (педикюр и т. п.) за определенную плату, размер которой указан в особом перечне платных услуг на дому. В городе эти вопросы обычно решаются при помощи НКО, волонтеров, социальных парикмахерских. Поиск таких специалистов в селах и поселках связан с серьезными сложностями, и социальные работники подчас оказывают данные услуги самостоятельно.

Деятельность КЦСОНов направлена в первую очередь на удовлетворение базовых потребностей пожилых. Функции социальных работников жестко регламентированы нормативными документами. Нагрузка по обслуживанию маломобильных пожилых, налагаемая на одного социального работника, часто избыточна, превышает его физические возможности. Регламенты оказания социальных услуг на дому часто оказываются нечувствительны к существованию специфических потребностей клиентов, к особенностям местности проживания.

Учет разнообразия контекстов, в которых может происходить старение, необходим для понимания потребностей пожилых, а также для обеспечения достойного старения (Baker 2014: 39). Нереалистичные временные регламенты выполнения работ и их расхождение с истинными потребностями пожилых приводят к тому, что социальные работники начинают проявлять гибкость в исполнении жестко заданных стандартов. Другими словами, социальные работники ситуативно расширяют (или наоборот сокращают) спектр услуг, ориентируясь на потребности подопечных. Как правило, услуги сверх нормы оказываются безвозмездно. Получать от подопечных любые формы вознаграждения помимо того, что предусмотрено в перечне платных услуг, запрещено.

Если с задачами ухода на дому социальные работники справляются, то с обеспечением связи пожилых маломобильных людей с ресурсами медико-социальной инфраструктуры, расположенной в пределах поселения, возникают сложности. В ходе исследования мы зафиксировали ситуацию, которая не может разрешиться в течение многих лет. В одном из поселков изучаемого района Ленинградской области в пятиэтажном доме без лифта на пятом этаже проживает женщина (условное имя: Ирина; кейс 2, пожилой человек, жен., 1940 г. р., ср. спец. обр., поселение 2), инвалид первой группы, имеет статус узника. Ирина страдает от редкой формы ДЦП и является инвалидом детства. С раннего возраста Ирина состоит на учете ортопедической фабрики, на протяжении всей жизни пользовалась ортопедической обувью, была мобильна, имеет трудовой стаж. Ирина была замужем, но муж умер несколько лет назад, и с тех пор Ирина проживает одна. Уход осуществляет штатный социальный работник, отношения с которым у Ирины не складываются. По словам Ирины, она не получает полноценной помощи в обеспечении продуктами питания, необходимыми медикаментами.

В последние годы состояние здоровья существенно ухудшилось: она страдает от эмфиземы легких, перенесла инфаркт. Мобильность не утрачена полностью. Ирина передвигается по квартире с трудом, держась за стены и мебель, примерно раз в неделю спускается на первый этаж, чтобы забрать из почтового ящика почту. По ее словам, она могла бы и хотела бы спускаться чаще, сидеть на скамейке у подъезда. Однако на протяжении последних 10-ти лет Ирина не может получить положенную ей по закону ортопедическую обувь, без которой не решается выходить за пределы квартиры. Раньше ей регулярно доставляли на дом летнюю и зимнюю обувь. В последние годы не доставляют по непонятной информантке причине.

После интервью нам удалось выяснить, что раньше снабжением ортопедическими изделиями в этом поселении занимался местный филиал районного Общества инвалидов, расположенный на территории поселения. Однако несколько лет назад эту функцию передали муниципальной структуре социального обеспечения, офис которой находится в Санкт-Петербурге.

Смена исполнителя функции повлекла за собой изменение административного порядка получения ортопедических изделий. В частности, для того чтобы зарегистрироваться в базе, инвалид, нуждающийся в соответствующих изделиях (или его доверенное лицо), должен предоставить карту реабилитации, для получения которой необходимо заключение врача. Таким образом, решение проблемы состоит из нескольких этапов, реализация каждого из которых связана со сложностями, и справиться с ними самостоятельно Ирина не в состоянии. Получение необходимых справок предполагает неоднократное посещение районного центра социального обслуживания, визит к врачу (или вызов врача на дом); далее — необходимо снятие мерок для изготовления ортопедической обуви, коммуникация с фабрикой ортопедической обуви в Санкт-Петербурге, организация доставки обуви на дом. Единственный человек, которого Ирина могла бы попросить уладить бюрократические сложности и получить ортопедическую обувь, — это социальный работник. Однако, по словам Ирины, она плохо выполняет даже самые элементарные ее просьбы. Кроме всего прочего, об изменениях, произошедших в системе социального обслуживания, и о причинах прекращения снабжения ее ортопедической обувью Ирина не знает. Таким образом, пожилой человек, мобильность которого существенно ограничена, оказывается замкнут в пространстве собственной квартиры, изолирован от актуальной информации, непосредственно касающейся его социального обслуживания, и полностью зависит от помощников. В случае, когда лица, которые осуществляют уход, недостаточно мотивированы на оказание дополнительной помощи и сохранение мобильности своих клиентов, проблема может оставаться неразрешенной на протяжении долгого времени.

Если ситуация, описанная выше, достаточно специфична, то вопрос обеспечения лекарствами актуален практически для всех пожилых маломобильных людей. Особые сложности возникают с получением льготных препаратов. Список лекарств, которые можно получать бесплатно, ограничен, но и то, что в него входит, не всегда можно найти в аптеках. Кроме того, для получения рецептов необходим визит в поликлинику. Добывание некоторых лекарств может превращаться в настоящее испытание, которое требует особой настойчивости и активных действий от ухаживающего:

Инф.: *Инсулин тоже проблема. Одна была у меня бабуля с инсулином. Вот пока не поеду в <...> пока не переругаюсь со всеми, не дадут. Скажут: «Нету». То еще жди очередь, то еще что. Пока к заведующей не схожу, пока... вот сидит доктор, сидит — никого нету к ней: «Я принимаю по номеркам». А мне только выписать, чтоб в аптеке получить. Ни за что, там такая сидит одна, вот пока к заведующей не сходишь, пока не поругаешься, — тогда дадут, прямо из кабинета дать могут инсулин. Инсулин — проблема такая, никаких это, хоть все, вешайся. Я каждый раз ездила — только ругалась.*

Инт.: *Ну а вот вы такой настойчивый социальный работник? А если ненастойчивый?*

Инф.: *А ненастойчивый — вот ездила, которая сейчас вместо меня, ей сказали: «Нету», она ей и не привезла его. Ну а поедет она в следующем месяце — тоже не привезет (кейс 2, ухаживающий, соцработник, поселение 1).*

Выход может находиться в приобретении льготных лекарств за полную стоимость в аптеке. На фоне усилий, которые необходимо приложить для преодоления всех бюрократических препятствий, такое решение проблемы кажется самым пожилым оптимальным. Ниже приведена цитата информантки, которую обслуживает социальный работник. Однако, судя по тому, как она формулирует высказывание, она не ожидает от него соответствующих усилий:

Инф.: *А лекарства у меня очень дорогие.*

Инт.: *А бесплатно не дают никакие лекарства?*

Инф.: *Бесплатно, а кто мне будет ходить? Некому ходить. У меня нет никого. Все ушли в мир иной (кейс 2, пожилой человек, жен., 1940 г. р., ср. спец. обр., поселение 2).*

У подопечных социальных работников существуют сложности с доступом к необходимым ресурсам даже в пределах поселения. Модернизация системы медико-социального обслуживания выстраивает новые барьеры для пожилых. Известные им правила взаимодействия с системой перестают работать, а о новых их никто не информирует, не обучает, как ими пользоваться. Наблюдения, сделанные в исследованиях западных ученых, показывают, что нарастающая технизация и модернизация в разных сферах жизнедеятельности не способствуют, а скорее препятствуют преодолению социального исключения пожилых (Burns et al. 2012; Treas, Gubernskaya 2009).

Обращение к службе скорой помощи становится для пожилых маломобильных людей распространенной практикой. Среди доступных в периферийных поселениях ресурсов медицинского обслуживания скорая помощь остается практически единственной службой, которая располагает транспортными средствами и возможностями оказания экстренной медицинской помощи. Однако и в этом есть сложности.

По свидетельству информанток и тех, кто за ними ухаживает, врачи неохотно отзываются на вызовы из периферийных поселений. Это может приводить к отложенному оказанию помощи, которая должна была быть экстренной:

Я заболела, инфаркт, несколько раз вызывала скорую, приходила медсестра, и меня не могли отправить в больницу месяц. Дык это я уже, у меня инфаркт случился 7 февраля, а в больницу меня положили 4 марта. Вы представляете? (кейс 2, пожилой человек, жен., 1940 г. р., ср. спец. обр., поселение 2)

По свидетельствам одного из соработников, взаимодействие со службой скорой помощи требует знания формальных правил реагирования службы на вызовы, т. е. чтобы скорая приехала к пожилому человеку по срочному вызову, требуются особые обоснования. В частности, существует ряд диагнозов, на которые скорая приезжает. Это острые, довольно опасные, но стандартные состояния, требующие экстренной помощи: высокое давление, резкий скачок сахара в крови и т. п. Для звонка в скорую пожилые привлекают помощников. Чаще всего это родственники, социальные работники либо соседи.

Надежды и ожидания как пожилых, так и ухаживающих, возлагаемые на скорую помощь, существенно превышают возможности и сферу ответственности этой службы. Наши данные показывают, что, помимо получения прямых услуг экстренной медицинской помощи, через скорую помощь информанты пытаются решать вопросы доступа к лекарствам. Не достав необходимую порцию инсулина или обезболивающего средства, скорую помощь могут вызвать только для того, чтобы получить лекарство. Посредством скорой также пытаются решать проблемы общего медицинского осмотра и постановки диагноза, перемещения пожилого в стационар и даже вопросы погребения. Социальные

работники, в частности, обращаются к службе в случаях, когда обнажаются пробелы системы медико-социального обслуживания и неясно, кто должен взять на себя функцию заботы:

Вот одна у меня была, я к ней пришла, я знаю, ее уже видела, что она, наверное, умрет. Я говорю [врачу скорой помощи. — Е. Б.]:

— Возьмите ее в больницу!

— Ну, у нас же, пока мы ее везем, она и умрет.

— Но я же, — говорю, — вам претензии не предъявляю, возьмите, пусть она умрет в больнице, а не тут, она же одна живет, я сейчас закрою, и она умрет, а я через три дня приду!

Пока тоже с ними там, докажешь им, возьмут. Еще одна была тоже, я говорю: «Возьмите в больницу, она же вот, в коме». У меня три были такие, я их еле в больницу отправила. Чтoб они умирали там. Они там пять дней — и умирали (кейс 2, ухаживающий, соцработник, поселение 1).

В данном случае для социального работника перемещение подопечного в стационар было желательным, поскольку это — по крайней мере временно — решает вопрос повседневного ухода, доступа к лекарствам, сопровождения умирания и хлопот по вопросам погребения.

Другие возможности использования институциональных стационарных форм заботы о пожилых, как правило, либо крайне низкого качества, либо требуют больших объемов бюрократических процедур, которые просто не по силам социальному работнику, либо недоступны ему. Отправить пожилого в стационар сложно, особенно если речь идет о тяжелых состояниях, требующих ухода или грозящих скорой смертью. Тяжелые больные требуют ухода, а больницы испытывают дефицит младшего медицинского персонала, санитаров. В случае смерти одиноких пациентов на морг возлагается задача по передаче тела спецслужбе по вопросам похоронного дела и сопутствующие бюрократические действия⁶. Соответственно, сотрудники службы скорой помощи противодействуют расширению сферы своей ответственности и стараются избегать нежелательных последствий для больниц в виде немощных одиноких умирающих пациентов.

⁶ Статья 12, п. 1–2 Федерального закона № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (Федеральный закон 1996).

И тем не менее скорая помощь в настоящий период компенсирует множество несовершенств медико-социального обслуживания пожилых маломобильных, проживающих в периферийных поселениях. Как элемент государственной системы, она привлекается к оказанию пожилым помощи, в частности, экстренной. На фоне общего сокращения ресурсов медико-социальной инфраструктуры в периферийных поселениях на службу скорой помощи возлагаются дополнительные задачи, что приводит к избыточной нагрузке и стихийному сопротивлению службы. Вызов скорой помощи сопряжен с преодолением определенных барьеров: например, знанием внутренних правил реагирования службы на вызовы. Социальные работники и скорая помощь как проводники государственной заботы пересекаются в практической деятельности, однако сферы ответственности между ними однозначно не распределены.

Таким образом, забота государства о пожилых маломобильных людях, проживающих в периферийных поселениях, практически полностью делегирована социальным работникам. Надомный уход за этими пожилыми имеет специфику. Практика его отчетливо показывает необходимость адаптивных версий профессиональных регламентов, подходящих для разных типов поселений и учитывающих особенности организации быта пожилых.

Исследование показало, что социальные работники систематически допускают отступления от профессиональных регламентов и благодаря этому подстраивают обслуживание на дому к потребностям пожилых. Однако уже при попытках обеспечения доступа к объектам медико-социальной инфраструктуры в пределах поселения возникают сложности. Получение льготных бесплатных лекарственных препаратов сопряжено с бюрократическими препятствиями, и не все социальные работники достаточно мотивированы и упорны для их преодоления. Еще более безнадежными выглядят возможности доступа пожилых маломобильных к ресурсам инфраструктуры, расположенной за пределами поселения. Территориальная удаленность, административно-бюрократические обстоятельства и нежелание самих городских инфраструктурных объектов принимать одиноких пожилых, за которыми необходим уход, выстраивают барьеры. Их преодоление требует от социальных работников особых усилий, мотивации и глубокого знания функционирования

всей системы медико-социального обслуживания. Материалы исследования показывают, что часто государственные провайдеры заботы оказываются неспособны преодолеть социальное исключение пожилых маломобильных людей ни в пределах поселения, ни за его пределами.

Когда основной провайдер заботы — местное сообщество

Исследование в периферийных поселениях дает несколько другую картину включенности пожилых маломобильных людей в местное сообщество по сравнению с крупным городом. Общие правила социальных взаимодействий в сельском сообществе базируются на персонализированном режиме коммуникации (Kurakin, Visser 2017; Гололобов 2012). Восприятие пожилого маломобильного человека односельчанами основывается на долговременном знакомстве, многочисленных профессиональных, соседских, дружеских и родственных связях. В силу плотности социальной ткани (Бредникова 2012: 57) сообщества, пожилые в сельских поселениях гораздо реже артикулируют проблему одиночества. Даже в случаях серьезных ограничений мобильности пожилые остаются включенными в сообщество посредством телефонных контактов или регулярных встреч со знакомыми:

Ко мне приходит Валя Блошкова, Люба Меледеева, Татьяна Эдуардовна, в церкви она служит, записочки подает она, это самое, в церковь-то. Ну, приходят девочки, вот инвалиды [из общества инвалидов. — Е. Б.] (кейс 1, пожилой человек, жен., 1937 г. р., неполн. ср. обр., поселение 3).

В случаях, когда основная помощь пожилым ложится на плечи семьи или государства, местное сообщество в лице соседей, бывших сослуживцев или, как в данном примере, представителей церковной общины и общественного объединения включается в заботу. Обычно речь идет о выполнении несложных заданий: сходить в магазин или на почту, принести воды, отнести фотографии в местный краеведческий музей, отвезти в больницу и пр. Такие просьбы обычно выполняются бескорыстно.

Штатные ставки социальных работников периферийных поселений, как правило, занимают жители соответствующих поселений. В связи с этим довольно сложно отделить их действия по уходу, регламентированные профессиональными нормативами, от добровольной помощи престарелым односельчанам. Множество случаев отступления от регламента надомного ухода (Телеграф 2014), изложенных в предыдущем разделе, можно объяснить теми же принципами межличностных взаимодействий и межпоколенной заботы, которые разделяются жителями местных сообществ. Социальные работники могут добровольно и безвозмездно брать на себя дополнительные задачи по уходу за пожилыми, например, оказывать, помимо социальных, и простые медицинские услуги: уколы, перевязки.

Инф.: *Нет, моя [ответственность. — Е. Б.] — это которая вот продукты...*

Инт.: *То есть ваши медицинские знания не особо нужны? Или нужны?*

Инф.: *Мне нужны. <...> (вздыхает) У нее водянка. И язвы трофические. <...> Мне нужны. Я сталкиваюсь. У меня больные бабушки были, ухаживала, лежащая вообще, мы таких не берем на обслуживание. Но я как добрая душа беру всех (кейс 1, ухаживающий, соцработник, поселение 3).*

Также социальные работники могут расширять круг подопечных, не получая эквивалентной прибавки к зарплате. Из двух опрошенных сотрудников социальных служб одна вместо положенных восьми обслуживает одиннадцать человек, при этом одного вне тарифной сетки, бесплатно, «по доброй воле». Вторая также безвозмездно помогает подопечным, которые на данный момент переданы другому социальному работнику, но, по ее мнению и по мнению самих пожилых людей, не получают должного обслуживания.

Наряду с бескорыстной помощью формируется также предложение платных услуг по уходу. Неоднократно в интервью обсуждалась ситуация удаленного проживания детей — в ближнем или дальнем зарубежье — и невозможности оказания помощи. В случаях, когда необходим круглосуточный уход, проблема может решаться наймом сиделки, постоянно проживающей с пожилым человеком. Случай, который удалось зафиксировать в ходе исследования, — возмездный найм женщины, проживающей в том же

поселении. У нее был опыт в качестве социального работника, но она временно не работала. Также эта женщина известна в поселении тем, что от случая к случаю помогает одиноким пожилым безвозмездно, по зову сердца. Порядок ухода и размер вознаграждения были установлены в результате ее переговоров с сыном подопечной, который проживает в США:

Я вот, эта, с которой я прожила полгода. Меня сын ее так просил — ну, пожалуйста, пожалуйста. Такая бабуля старая, тоже. <...> Нет, он не хотел ее сдавать никуда, он хотел, чтобы она жила в доме. И, это самое, кормить, стирать (кейс 2, ухаживающий, соцработник, поселение 1)⁷.

Включенность местного сообщества российского села в заботу о пожилых открывает большую тему, которая нуждается в отдельном глубоком исследовании. Режимы межличностных взаимодействий и межпоколенных отношений российского села отличаются от городских. Они базируются на особом типе взаимодействий, в которых большую роль играют принципы реципрокности, обмена, репутации семьи.

Наше исследование показало, что ресурс *community care* ассистирует любым провайдерам заботы. Поскольку поставщиком государственной заботы являются представители местных сообществ, объем профессиональных услуг ухода сложно отделять от проявлений заботы, основанной на правилах отношения к пожилым, принятым в местном сообществе. Нарушение профессиональных регламентов, о котором говорилось в предыдущем разделе, также может быть спровоцировано как отсутствием непосредственного приближенного контроля деятельности социальных работников, так и проявляемыми ими элементами *community care*. Забота местного сообщества может оказываться безвозмездно, однако исследование показывает, что формируется коммерческая составляющая, предполагающая оплату за уход на договорных условиях.

⁷ Речь идет о периоде, когда информантка официально не работала социальным работником.

Заключение

Результаты исследования подтверждают то, что механизмы социального исключения пожилых маломобильных людей в периферийных поселениях имеют особенности. Исключение пожилых из схем медико-социального обслуживания проявляется особенно ярко. Концентрация основных ресурсов специализированной инфраструктуры в крупных городах порождает такие барьеры доступа пожилых к полноценному обслуживанию, как территориальная удаленность, недостаточное распространение информации об услугах за пределами городов, последствия поэтапной модернизации бюрократического аппарата системы. Как следствие, качественная забота о пожилых маломобильных людях, проживающих в периферийных поселениях, должна включать в себя ресурсы и мотивацию для преодоления этих барьеров.

Общее сокращение ресурсов государственной заботы в периферийных поселениях приводит к стихийным попыткам перераспределения ответственности между остающимися провайдерами. Это показывает ситуация с медицинским обслуживанием маломобильных пожилых людей. Осложнение доступа к амбулаторной и стационарной медицинской помощи подталкивает чаще обращаться в службу скорой помощи, на которую стихийно переложена дополнительная нагрузка по оказанию помощи таким пациентам. Непропорциональное возрастание ответственности отдельных провайдеров заботы порождает практики их сопротивления, что в очередной раз затрудняет доступ пожилых людей к получению необходимой помощи.

Четко определяющаяся специфика режима заботы о пожилых, который складывается в периферийных поселениях, позволяет говорить о том, что режим заботы в России дифференцирован, а разнообразие социально-экономических контекстов имеет значение (Mehrotra, Wagner 2009: 19–20). В периферийных поселениях, удаленных от городов районного и областного масштаба, наибольшее значение имеют такие провайдеры заботы, как семья, государство и местное сообщество. Складывается особая конфигурация провайдеров заботы, которая может проявлять себя как более или менее успешная в попытках преодоления социального исключения пожилых.

В целом результаты исследования показывают, что семья как провайдер заботы наиболее успешно справляется с преодо-

лением исключения пожилых маломобильных людей из схем медико-социального обслуживания. Пожилые, опекаемые членами семьи, при необходимости получают доступ к медицинскому и социальному обслуживанию и в пределах поселений, и в близлежащих урбанизированных центрах. Социальные работники, которые представляют государственный сегмент социальной заботы, менее успешны в преодолении исключения пожилых из схем медико-социального обслуживания. Пожилые, опекаемые социальными работниками, не получают полноценного доступа к необходимым ресурсам даже в пределах поселения. Использование инфраструктуры районного и областного уровня еще менее доступно. Этому способствуют общие принципы функционирования системы медико-социального обслуживания.

Общая тенденция сокращения объемов государственной заботы в периферийных поселениях предполагает перераспределение в пользу семьи и местного сообщества. Однако вопреки стереотипам современные периферийные поселения перестают воспроизводить паттерны традиционалистской многопоколенной семьи, в которой проблема заботы о пожилых полностью решается усилиями детей и внуков. Скорее стоит говорить об общих современных тенденциях трансформации семьи в направлении нуклеаризации, мобильности и раздельного проживания, которые проявляются в том числе и в периферийных поселениях. Отдаление родственников на сложно преодолимые расстояния — в другие регионы России либо за рубеж — может породить практики делегированной коммерциализированной заботы, когда более молодой член семьи выступает как главный организатор и финансовый источник ухода, но не оказывает его самостоятельно.

В малых поселениях особенно отчетливо проявляет себя ресурс заботы местного сообщества. Именно он заставляет иначе понимать проблему одиночества и включенности пожилых в жизнь сообщества в период их немощности и полной утраты ими мобильности. За счет многочисленных неформальных сетей, которые образуют социальную ткань мелких поселений, у пожилых сохраняется возможность оставаться включенными в сообщество, что помогает отчасти компенсировать инфраструктурный дефицит и решать повседневные проблемы. Сохраняются практики бескорыстной помощи пожилым. Они дополняют усилия

любого из других провайдеров заботы. Их довольно сложно отследить и отделить, например, от действий социальных работников, которые рекрутируются из тех же поселений и разделяют нормы межпоколенной заботы, принятые в местном сообществе.

Одновременно в периферийных поселениях формируется предложение коммерческого ухода, однако пожилые люди не всегда способны его оплатить. Поставщиками коммерческого предложения являются местные жители. Правила рыночного договора существуют с правилами неформальных обменов, принятых в российских сельских сообществах. Зафиксированные в исследовании случаи позволяют говорить о том, что ресурс местного сообщества не представляет собой систематического провайдера заботы, но имеет серьезный потенциал для преодоления социального исключения.

Список информантов

Эксперт 1 КЦСОН: сотрудник КЦСОН Калининского района, г. Санкт-Петербург, дата интервью: 15.04.2015.

Эксперт 2 КЦСОН: заведующая отделением социального обслуживания КЦСОН одного из районов, г. Санкт-Петербург, дата интервью: 04.03.2015.

Кейс 1, пожилой человек: жен., 1937 г. р., неполное среднее образование, проживает в поселении 3, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 1, ухаживающий: социальный работник, проживает в поселении 3, дата интервью: 29.04.2015.

Кейс 2, пожилой человек: жен., 1940 г. р., среднее специальное образование, проживает в поселении 2, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 2, ухаживающий: социальный работник, ранее ухаживала за информанткой, в настоящее время официально не работает, проживает в поселении 1, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 4, пожилой человек: жен., 1927 г. р., неполное среднее образование, проживает в поселении 2, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 4, пожилой человек, ухаживающий: жен., 1930 г. р., младшая сестра, ухаживает за старшей сестрой (1927 г. р.), неполное среднее образование, проживает в поселении 2, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 4, ухаживающий: племянник информанток, проживает в поселении 2, дата интервью: 29.04.2015.

Кейс 8, пожилой человек: жен., 1931 г. р., неполное среднее образование, проживает в поселении 2, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 8, ухаживающий: дочь информантов, 1964 г. р., неполное среднее образование, проживает в поселении 2, дата интервью: 09.04.2015.

Кейс 10, пожилой человек: жен., 1931 г. р., неполное среднее образование, проживает в поселении 1, дата интервью: 29.04.2015.

Кейс 10, ухаживающий: внучка информантки, проживает в поселении 1, дата интервью: 09.04.2015.

Литература

Артеменко Г. (2014). «Сэндвич-поколению» выбора не оставляют, *Телеграф*. URL: <http://rustelegraph.ru/news/2014-10-20/Sendvich-pokoleniyu-vybora-ne-ostavlyayut-20600/> (дата обращения: 24.12.2018).

Бабурин В. Л. (2002). *Эволюция российских пространств: от Большого взрыва до наших дней (инновационно-синергетический подход)*. М.: Едиториал УРСС.

Богданова Е. (2017). Граница между публичным и частным в звуковом сообществе: исследование современного российского села, *Laboratorium: журнал социальных исследований*, № 1, с. 4–29.

Богданова Е., Чикадзе Е., Кравец Н., Скибо Д., Аскьяйнен А. (2015). Проблемы интеграции в общество пожилых маломобильных людей, пострадавших от национал-социализма. Аналитический отчет, *сайт Фонда КАФ*. URL: http://www.cafussia.ru/page/materiali_dlya_shteniya (дата обращения: 23.04.2018).

Бредникова О. (2012). Деревня умерла? Да здравствует деревня! Еще раз к вопросу о различиях города и деревни, в кн.: *Вдали от городов. Жизнь постсоветской деревни*, под ред. Е. Богдановой, О. Бредниковой. СПб.: Алетейя, с. 28–59.

Гололобов И. (2012). Деревня как не-политическое сообщество: социальная (дис)организация мира собственных имен, в кн.: *Вдали от городов. Жизнь постсоветской деревни*, под ред. Е. Богдановой, О. Бредниковой. СПб.: Алетейя, с. 59–79.

Григорьева И. А., Чернышова С. П. (2009). Новые подходы к профилактике социального исключения пожилых, *Журнал социологии и социальной антропологии*, т. 2, № 12, с. 186–196.

Грицюк М. (2015). Лучше быть умным и здоровым. Счетная палата проверила доступность качественной медпомощи и образования, *Российская Газета*. URL: <https://rg.ru/2015/04/14/optimizatsiya-site.html> (дата обращения: 23.04.2018).

Комитет по труду (2002). Распоряжение Комитета по труду и социальной защите населения Администрации Санкт-Петербурга от 27.06.2002 № 12-р «О тарифах на социальные услуги, предоставляемые государственными учреждениями (службами) социального обслуживания населения в Санкт-Петербурге (утратило силу)», *официальный портал Администрации Санкт-Петербурга*. URL: <https://www.gov.spb.ru/law/?d&nd=8364095&prevDoc=8366206> (дата обращения: 10.03.2019).

- Корчагина И. И., Прокофьева Л. М. (2009). Россияне о роли общества и семьи в поддержке детей и престарелых: изменения последних лет, в кн.: *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе по материалам одного исследования. Сборник аналитических статей*, под ред. С. В. Захарова, Т. М. Малевой, О. В. Синявской. Вып. 2. Москва: НИСП.
- Парфенова О. (2017). Социальные сервисы для пожилых: формальные и неформальные правила и практики, *The Journal of Social Policy Studies*, vol. 15, N 4, p. 573–588.
- Попова Д. (2009). Трансформация семейных ценностей и второй демографический переход в России: кто в авангарде? В кн.: *Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе по материалам одного исследования. Сборник аналитических статей*, под ред. С. В. Захарова, Т. М. Малевой, О. В. Синявской. Вып. 2. Москва: НИСП.
- Правительство России (2014). О повышении доступности медицинской помощи и расширении возможностей ее оказания, *сайт Правительства России*. URL: <http://government.ru/orders/selection/405/14957/> (дата обращения 24.07.2018).
- Правительство Санкт-Петербурга (2014). Постановление от 29.12.2014 № 1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге», *официальный портал Администрации Санкт-Петербурга*. URL: <https://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2017/02/22/PP%20SPb%201283%2029.12.2014%20soc%20uslugi.pdf> (дата обращения: 18.03.2019).
- Россия — страна умирающих деревень (2016), *Центр экономических и политических реформ*. URL: <http://cepr.su/wp-content/uploads/2016/12/Россия-страна-умирающих-деревень.pdf> (дата обращения: 23.04.2018).
- Социальная поддержка ветеранов (2017). Социальная поддержка ветеранов и приравненных к ним лиц и людей старшего возраста, *официальный портал Администрации Санкт-Петербурга*. URL: http://gov.spb.ru/helper/social/soc_vet/ (дата обращения: 13.04.2018).
- Стародубов В. И., Щепин О. П. и др., ред. (2014). *Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа.
- Ткач О. (2015). «Заботливый дом»: уход за пожилыми родственниками и проблемы совместного проживания, *Социологические исследования*, № 10, с. 94–102.
- Федеральный закон (1996). «О погребении и похоронном деле» № 8-ФЗ от 12.01.1996, *Официальный сайт компании «Консультант-Плюс»*, URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8919/ (дата обращения: 18.03.2019).
- Федеральный закон (2013). «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» № 442-ФЗ ред. от. 21.07.2014,

- Официальный сайт компании «КонсультантПлюс», URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения: 18.03.2019).
- Федеральный справочник (2012). Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, *Федеральный справочник. Здравоохранение России (Т. 12)*. URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (дата обращения: 23.04.2018).
- Чернова Ж. (2011). Кто, о ком и на каких условиях должен заботиться? Гендерный анализ режимов заботы и семейной политики, *Журнал исследования социальной политики*, т. 3, № 9, с. 295–318.
- Штейнберг И. (2004). Психология неэквивалентных обменов в сетях социальной поддержки городских и сельских семей, *Вестник общественного мнения: Данные. Анализ. Дискуссии*, т. 6, № 74, с. 52–57.
- Albertini M. (2014). Support to the Elderly and Caring Regimes: An Analysis of Patterns of Informal Support and their Determinants in Six European Countries, in: *The Transformation of Care in European Societies*, edited by M. Leon. Basingstoke: Palgrave Macmillan, p. 134–157.
- Alhojailan M. I. (2012). Thematic Analysis: A Critical Review of its Process and Evaluation, *West East Journal of Social Sciences*, vol. 1, N 1, p. 39–47.
- Anttonen A., Sipilä J. (1996). European Social Care Services: is it Possible to Identify Models? *Journal of European Social Policy*, vol. 2, N 6, p. 87–100.
- Baker T. A. (2014). The Importance of Aging Studies: Understanding the Influence of Diversity and Culture, *Age Culture Humanities*, N 1, p. 39–41.
- Barnes M., Blom A., Cox K., Lessof C., Walker A. (2006). *The Social Exclusion of Older People: Evidence from the First Wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)*. London: Office of the Deputy Prime Minister, Social Exclusion Unit.
- Burchardt T., Le Grand J., Piachaud D. (1999). Social Exclusion in Britain 1991–1995, *Social Policy and Administration*, vol. 33, N 3, p. 227–244.
- Burchardt T., Le Grand J., Piachaud D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure, in: *Understanding Social Exclusion*, edited by J. Hills, J. Le Grande, D. Piachaud. Oxford: Oxford University Press, p. 30–44.
- Burns V., Lavoie J-P., Rose D. (2012). Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People, *Journal of Aging Research*, vol. 2012, p. 1–12.
- Flick U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London; New Delhi: Sage.

- Hoff A. (2008). Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People — Lessons from Europe, *Oxford Institute of Ageing Working Papers*. Oxford. (Электронное издание: *Oxford Institute of Population Ageing*. URL: <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/84> (accessed: 23.04.2018).)
- Jehoel-Gijsbers G., Vrooman C. (2008). *Social Exclusion of the Elderly: A Comparative Study of the EU Member States*. ENEPRI Research Report. URL: <https://www.ceps.eu/publications/social-exclusion-elderly-comparative-study-eu-member-states> (accessed: 23.04.2018).
- Kurakin A., Visser O. (2017). Post-socialist Agricultural Cooperatives in Russia: a Case Study of Top-down Cooperatives in the Belgorod Region, *Post-Communist Economies*, vol. 29, N 2, p. 158–181.
- Mehrotra C. M., Wagner L. S. (2009). *Ageing and Diversity: An Active Learning Experience*. New York; London: Routledge.
- Miles M. B., Huberman A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Treas J. Gubernskaya Z. (2012). Farewell to Moms? Maternal Contact for Seven Countries in 1986 and 2001, *Journal of Marriage and Family*, vol. 74, N 2, p. 297–311.
- Ungerson C. (1995). Gender, Cash and Informal Care: European Perspectives and Dilemma, *Journal of Social Policy*, vol. 1, N 24, p. 31–52.