

УДК 316.4

DOI 10.52452/18115942_2021_3_95

ПРАКТИКИ МЕДИКАЦИИ И АГЕНТНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

© 2021 г.

К.А. Галкин

Галкин Константин Александрович, к.соц.н.; старший научный сотрудник
Социологического института РАН Федерального научно-исследовательского социологического центра
Российской академии наук, Санкт-Петербург
Kgalkin1989@mail.ru

*Статья поступила в редакцию 28.01.2021**Статья принята к публикации 19.07.2021*

Жизнь пожилого человека в силу ряда причин, обусловленных возрастом, часто в большей степени зависит от лекарств, и наличие лекарств может быть необходимо для постоянного профилактического лечения заболевания или поддержания самочувствия. Хроническая болезнь создает особые режимы приема лекарственных препаратов, и повседневность индивида может значительно изменяться. Жизнь в сельской местности усиливает монополию врачей (отсутствие других врачей, кроме врача в амбулатории и ФАПе), которые назначают лекарственные препараты, вызывает сложности, связанные с географической удаленностью и доступностью лекарств, обеспеченностью аптек необходимыми лекарствами. В статье предпринята попытка проанализировать практики приема лекарств пожилыми людьми с использованием социологических методов и социологической оптики объяснения. Рассматривается, как и при каких условиях формируется агентность пожилых людей с хроническими заболеваниями в сельской местности через практики приема лекарств. Под агентностью пожилых людей понимается самостоятельность и возможность выбора необходимого препарата для лечения заболевания. Эмпирическую базу исследования составляют 25 биографических интервью ($n=25$) с пожилыми людьми с хроническими заболеваниями, имеющими различные группы инвалидности, проживающими в Ленинградской области. Возраст информантов 65–88 лет.

Ключевые слова: пожилые люди в сельской местности, практики медикации пожилых людей, хронические заболевания, сельская медицина, агентность пожилых людей.

Введение

Аптечки и лекарства как одна из важных частей нашей повседневности занимают значимое место в жизни каждого человека. Часто именно с домашней аптечки и лекарств, которые находятся в ней, начинается лечение различных заболеваний, борьба с экстренной болью, профилактическое лечение.

Изначально было предположение, что практики медикации и самомедикации информантов отличаются на селе. Можно найти сразу несколько интуитивных подтверждений этого. Во-первых, на селе, в отличие от города, достаточно сложно быстро найти и купить необходимые лекарства и, следовательно, приходится покупать их про запас. Аптеки обычно располагаются в крупных поселках городского типа, при этом тенденцией последних лет стало закрытие аптек в таких поселках, что часто объясняется нерентабельностью и неперспективностью продажи лекарств в одном небольшом поселении – выгоднее организовать одну или несколько аптек в районном центре. Следовательно, из-за закрытия аптек многим информантам и жителям сел района приходится ездить в Лугу (малый город рядом с деревнями, где проводилось

исследование. – К.Г.) и покупать лекарства там. Это, как правило, подразумевает дополнительные расходы (билет на автобус или бензин для машины) и трату дополнительного времени и сил, а также другие сложности (например, необходимость поиска людей, которые смогут помочь с покупкой лекарств в случае ухудшения самочувствия). В среднем, от сёл, где проводилось исследование, дорога до Луги занимает около часа. Во-вторых, хронические заболевания часто требуют особых лекарств, которые не так просто достать и в Луге. Лекарственный ассортимент аптек Луги достаточно стандартен, чтобы приобрести лекарства для лечения хронического заболевания или «сложные» обезболивающие (как в случае с болями в спине у одного из информантов), нужно ехать в Санкт-Петербург (еще более двух часов времени в одну сторону).

Теоретико-методологические подходы

Исследование практик приёма лекарств – тема далеко не новая для медицины и фармакологии. Однако в социологии медицины и антропологии эту тему можно охарактеризовать как возникающую, которая, безусловно, имеет раз-

личные определения и разные трактовки понятийного аппарата, описывающие особенности практик, с точки зрения социологического анализа. В медицине сегодня относительно следований рекомендациям врачей используются два термина: «комплаенс» и «нон-комплаенс». Термин «комплаенс», который в русскоязычном варианте представляет собой кальку с англоязычного термина *compliance*, обозначает собой следование рекомендациям врачей при приёме лекарств, или дословно: соответствие. Non-compliance обозначает отсутствие следования рекомендациям врачей, несоответствие подобным рекомендациям [1].

Основная проблема использования подобных медицинских терминов в социологии медицины и при описании особенностей принятия лекарств состоит в том, что изначально они не предполагают исследования социальной роли лекарств в повседневности, исследования агентности, а именно проявлений активности пациентов относительно изменения графиков приёма лекарств и следования рекомендациям приёма лекарств. С другой стороны, копирование медицинского термина создаёт достаточно жёсткие рамки, в которых возможны два варианта: следование или отсутствие следования практикам приёма лекарственных препаратов [2]. При этом различные варианты, которые связаны именно с социальными вопросами и проблемами, например неравенством в возможностях жителей сельской местности и городов достать тот или иной препарат, подобный концепт не учитывает. В исследовании предлагается использование терминов практики медикации, чтобы показать социальные особенности приёма лекарств, рассмотреть пациента как ключевого агента подобных практик, встроенных в социальную жизнь и связанных с вопросами неравенства, в том числе пространственными ограничениями сельских периферийных поселений. Кроме того, если комплаенс и нон-комплаенс связаны исключительно со следованием рекомендациям врача, то рассматриваемые практики медикации представляют собой проявление агентности и самостоятельности пациентов, что обусловлено выбором различных лекарств и заменой назначенных лекарств другими препаратами [3].

Практики медикации наиболее распространены в самообслуживании в борьбе с болезнями, присутствуют повсеместно, но по-разному выражены в различных культурах. Подобные практики доступны, являются самыми простыми, как правило, более «мягкими» и, в отличие от профессионального лечения, более дешевыми [4]. Но в зависимости от заболевания, нали-

чия доступа к препаратам и необходимости принимать «серьезные» лекарства каждый день становится сложно согласиться с утверждением К. Дина, что практики медикации – мягкие, безопасные и низкотехнологичные [5]. Практики медикации разнообразны и зависят от самих людей, заболевания и симптомов заболевания, а также обусловлены различными ситуациями в жизни.

С этой точки зрения, показательным и важным выступает исследование С. Фэзанг, в котором автор определяет практики медикации как действия самих индивидов, не определенные профессиональным назначением, а являющиеся самостоятельным лечением, без участия врачей [6]. С. Фэзанг не является приверженкой радикальных позиций относительно понимания роли лекарств в лечении пациентов, в отличие от С. Уайта и Ш. ван дер Геест, полагающих, что в какой-то мере все практики лечения являются самолечением, поскольку врачи не могут контролировать прием лекарств пациентами [7].

Практики медикации пожилых людей происходят в двух контекстах, как отмечает Камилла Б. Варнер в диссертации «Medical self-care actions by older adults: a two paradigm approach». Первый – социокультурный (*constructionist*), в рамках которого стоит уделить внимание гендерным, этническим, экономическим, религиозным аспектам жизни человека. Второй контекст – контекст здоровья (*health context*), в рамках которого рассматриваются симптомы заболевания, понимание своего заболевания самим информантом, переживание хронического заболевания, доступность и возможности медицинской помощи. Таким образом, практики медикации, заботы о себе существуют в различных плоскостях социальной жизни и повседневности пожилого человека [8].

Геронтологические исследования, посвященные практикам медикации пожилых людей, обычно используют различные подходы к рассмотрению данного понятия – психологический, антропологический, социологический, чтобы их объяснить и обосновать мультивариативность подходов к изучению этих практик [9; 10]. В исследованиях, посвященных пожилым людям, проживающим в сельской местности, рассматривается различное влияние практик медикации на здоровье и лечение хронического заболевания [11; 12].

Для сёл в России характерна низкая плотность населения и удалённость населённых пунктов друг от друга. Средний радиус района обслуживания фельдшера может достигать 60 километров. При этом лекарства и необходимые препараты пациенты получают либо из аптеч-

ных пунктов при ФАПах (фельдшерско-акушерских пунктах) и амбулаториях, либо из аптек районного центра, расстояние до которых составляет до 100 километров. Удалённость пациентов как от участкового терапевта, так и от аптечного пункта при ФАПе, где находится необходимое лекарство, может достигать 10 и более километров. Часто между районным центром и сёлами, деревнями отсутствует регулярное автобусное сообщение [13].

Исходя из данных Счётной палаты за 2015 год, 17,5 тысячи сельских населённых пунктов не имеют никакой медицинской инфраструктуры и расположены на удалении 20 километров от ближайшей медорганизации (амбулатории или ФАПа), где есть аптечные киоски [14].

Статья предполагает рассмотрение особенностей повседневности приёма лекарственных препаратов пожилыми людьми в сельских периферийных поселениях, исследование того, как формируется их агентность в практиках медикации.

Эмпирическая база исследования

Исследование проводилось в Лужском районе Ленинградской области. Информантами были пожилые люди с различными хроническими заболеваниями, которые проживали одни в деревнях, где не было амбулатории или ФАПа, аптечного киоска или аптеки. Всего было собрано 25 биографических интервью ($n=25$). Исследования проводились в двух деревнях – Клубково и Клинье (названия изменены). Ближайшая аптека находилась в крупном поселке городского типа, расположенном за 7 километров от деревни Клубково. В том ФАПе, к которому была приписана другая деревня, не было аптечного киоска, и жители привозили лекарства исключительно из Луги. При формировании выборки учитывались возможные различия в практиках медикации у пожилых людей, которые жили как в деревне, где в ФАПе, к которому относилась деревня, был аптечный киоск, так и в той деревне, где подобного киоска не было, чтобы проанализировать возможные различия в этих двух случаях. Важными были истории об аптечках и лекарствах (как начало истории о практиках медикации), которые часто предваряли рассказы о заболевании и сложностях жизни с хроническим заболеванием, а также об особенностях сельской инфраструктуры и проблемах в сельской жизни. В исследовании приняли участие 15 женщин и 10 мужчин, практики медикации которых отличались.

Интервью представляли собой длинные беседы, в ходе которых информантов просили показать содержимое аптечек и рассказать о

лекарствах в аптечках, объяснить, какие лекарства нужны и для чего, какими лекарствами они обычно пользуются. Фиксировалось местоположение лекарств и то, какую роль сами лекарства играют в повседневной жизни информантов, как часто им приходилось брать лекарства и какими словами, фразами и выражениями описывались различные действия с лекарственными препаратами и рецептами, которые назначали врачи. Важная особенность проведения интервью и дальнейшего анализа данных в том, что рассматривалось, как устроены практики медикации у информантов с различными группами инвалидности и как отличается содержимое аптечек в зависимости от тяжести хронических заболеваний.

Особенности приема лекарств

Аптечки информантов разделялись на так называемые «огородные», то есть аптечки, в которых лежали средства в основном для остановки крови и лечения различных ран, и стол с лекарствами, который находился в жилой комнате, и на нем были необходимые лекарства для лечения хронических заболеваний:

«А вот здесь (показывает на шкаф над кроватью. – К.Г.) все лежит, ну, кроме еще там лекарств, которые портятся, они в холодильнике – корвалол и другие лекарства от сердца, желудка. Но это так... Вот эта желтая (информант показывает аптечку. – Прим. интервьюера) – это аптечка огородная, то есть та, которой пользуешься каждый день, и она поэтому обычно в шкафу или в тумбочке. Здесь жгут, бинт, йод, еще уголь активированный, пластырь и так, по мелочи – вот помада гигиеническая» (информантка, инвалид II группы, 66 лет).

Для наших информантов было характерно подобное разделение аптечек. Как правило, оно происходило по критериям сложности лекарственных препаратов, мер хранения и соблюдения правил хранения. Словами «аптечка», «аптека», «огородная аптечка» информанты называли лекарства первой помощи и те лекарственные средства, которые отпускаются без рецепта. Такие аптечки хранились в шкафу или комод, на полках, и, как правило, эти лекарства показывали исследователям довольно легко, отмечая, тем не менее, в разговоре их некоторую второстепенность. Такие аптечки могли даже храниться в неотапливаемой части дома (в сених):

«Вот, это аптечка простая, здесь все на каждый день, ну, такое – если порезался там или ожог, на огороде ободрался... Здесь хранятся самые, наверное, необходимые лекарства, но такие, которые у всех есть, все стандартно» (информантка, инвалид III группы, 71 год).

Подобные лекарственные препараты были важной составляющей практик медикации информантов, именно они традиционно покупались самими информантами без советов и рецептов врачей.

Про лекарства, которые были назначены врачом, не говорили «аптечка». Обычно их называли «мои лекарства», «лекарственные препараты», «стол с лекарствами», «рецепты и лекарства». Рецепты играли важную роль, так как были инструкциями по приему, причем, как правило, рядом с рецептами мог находиться рукописный вариант режима приема лекарств, и он мог быть скорректирован самим информантом по разным причинам. Наилучшим образом практики самостоятельной регуляции в описании приема лекарств характеризует следующая цитата из исследовательского дневника:

«Заметил у информанта рядом с рецептом (очень неразборчивым, от самого врача) лист, на котором нарисована таблица, и в ней вычеркнуты дни приема. Причем в некоторые дни написано «не принимал». Я решил уточнить значение этой таблицы, и зачем она была сделана. Ответ: «Да просто врач заставляет меня фиксировать прием препарата и количество выпитой воды после его приема. В общем, там тоже есть расчет, так сказать, по воде – где-то около 800 граммов в день воды. Но я, если честно, не всегда соблюдаю, потому что боюсь, что все-таки на морозе, да и лень вообще выходить. Так что немного скорректировал план врача и думаю, что, в принципе, правильно, так как не написано же, что обязательно нужно соблюдать вот так вот все рекомендации» (из исследовательского дневника, информант, инвалид II группы, 70 лет).

При этом некоторые из информантов предъявляли затем врачам свои записи, говорили о корректировке лечения или необходимости новых лекарств для лечения в процессе приема препаратов. Такие практики самостоятельной регуляции обусловлены чаще всего проблемами жизни в сельской инфраструктуре. Однако иногда информанты описывали и ситуации, связанные с тем, что лекарство переставало помогать им и приходилось, следовательно, обращаться к выбору другого лечения. Не всегда лечащий врач играл здесь главную роль, иногда, например, за советом, какие лекарства принимать, если не помогают прежние, приходили к соседям, обращались к провизорам в аптеках или сами пытались прочитать и найти необходимое лекарство в Интернете:

«Уже три года, как «Кардиомагнил» перестал помогать в принципе, хотя это и витаминные простые, но все равно вот уже не

помогает. И тогда я решила обратиться к своим родственникам сначала, а потом уже искала замену в Интернете и нашла ее в итоге» (информантка, инвалид III группы, 67 лет).

Среди информантов распространена закупка лекарств с запасом, причем часто это мотивировалось отсутствием аптек. Особенно характерной такая практика была для поселка Клинье, где в амбулатории отсутствовал аптечный киоск. Здесь нужно было либо ездить в Лугу покупать лекарства, либо просить о покупке необходимых препаратов соседей, отправляющихся в Лугу по делам. Информанты объясняли это, утверждая, что если бы они жили в городе, то покупка лекарств была бы более простой и не требовала запасов. Но жизнь в селе накладывает свои коррективы, поэтому им приходится запасаться лекарствами заранее:

«Вот, например, тот же «Верошпирон», вроде и лекарство, в принципе, простое, но у нас киоска аптечного нет, пять лет назад в селе закрыли последнюю аптеку. Так и приходится ездить за лекарствами в Лугу, поэтому беру вперед и храню здесь, в тумбочке – вот» (открывает и показывает лекарства в тумбочке; информантка, инвалид III группы, 67 лет).

Для хранения «запаса лекарств» нередко используются специализированные контейнеры, сделанные из бывших емкостей из-под масла и плавленого сыра. При этом закупка лекарств «с запасом» обычно выступала частью медикации повседневности, хотя, как отмечали информанты, сами врачи, наоборот, старались ограничить такую покупку, объясняя, что препараты могут очень быстро испортиться из-за неправильных условий хранения или истечения срока годности.

Практики медикации пожилых людей отличаются в гендерном аспекте. Для информантов-мужчин в большей степени характерно недоверие к назначениям врачей и покупка лекарств самостоятельно, без назначения врача, а также замена назначенных лекарств другими препаратами, про эффективность которых они ранее читали в Интернете или слышали от родственников, друзей:

«Нет, не доверяю я тому, что врачи выписывают, да и вообще тому, что они говорят, не доверяю. Считаю, что самый лучший способ – это всё же самому прочитать. Благо, дочка Интернет провела, всё доступно стало. И я вот сам читаю, нужную информацию нахожу, а потом уже думаю, какие лекарства можно принимать и какие препараты можно заменить из назначенных врачами» (информант, инвалид II группы, 78 лет).

Для информанток в целом характерно большее доверие к лекарствам, назначенным врачами, а также больший объем самих аптек. Это,

как отмечали информантки в интервью, было связано с тем, что подобный запас лекарств мог быть полезен и важен, например, в случаях резкого ухудшения самочувствия:

«Уж не знаю, правильно или неправильно врачи назначают, но всё равно одно точно могу сказать: доверять надо. Потому что если не врачи, то кто ещё может знать про лекарства? Никто. Поэтому стараюсь принимать лекарства, чтобы хотя бы как-то поддерживать себя. Других альтернатив здесь всё равно быть не может» (информантка, инвалид III группы, 76 лет).

По комплектации аптек тоже заметны отличия у информанток и информантов. Информанты в меньшей степени склонны комплектовать большим количеством лекарств «огородную аптечку» и в целом старались больше покупать, как они сами отмечали, «серьёзные лекарства» для лечения серьёзных заболеваний. Информантки уделяли внимание как антисептическим средствам и бинтам, которые включали в свои «огородные аптечки», так и средствам гигиены, которые тоже были неотъемлемыми компонентами «огородных аптек».

Другой особенностью выступает разное отношение к практикам соседского обмена лекарствами. Информанты в целом старались в меньшей степени обращаться к соседям за лекарствами: только в крайних и редких случаях. Информантки считали подобную практику важным компонентом реципрокного обмена и соседской помощи и при необходимости могли обращаться за нужными препаратами, которые закончились, к соседям:

«Если что, то я соседей и попрошу. Знаете, даже когда там лекарств от головы нет, то всё равно к соседям обращаюсь, потому что они всегда мне помогут и не откажут, если это необходимо, в лекарствах» (информантка, инвалид II группы, 81 год).

В интервью о лекарствах часто фигурировал контекст доступности препаратов, из-за чего лекарства необходимо было покупать заранее или запастись ими впрок. В интервью информанты – жители поселка, где в амбулатории был аптечный киоск, критиковали цены в аптеке, поэтому обычно покупка лекарств осуществлялась именно в Луге или в Санкт-Петербурге. В том поселке, где не было аптечного киоска, лекарства тоже покупались в Луге, однако количество препаратов, купирующих боль и необходимых для лечения острой боли, было больше в том поселке, где отсутствовал аптечный киоск в амбулатории. Это отметила и наша информантка в интервью:

«Аптечного киоска нет, и это значит, что так просто не побежишь за лекарствами, ко-

гда тебе нужно что-то срочное. Так что, вот поэтому и запасуюсь, «Энапа» покупаю очень много, покупаю другие лекарства, связанные с лечением чего-то серьёзного, и то, что не купишь нигде – только в Луге или в Питере. Поэтому я так стараюсь себя обезопасить» (информантка, инвалид II группы, 75 лет).

При описании лекарств у наших информантов, которые проживали в Клинье, ощущался страх, что они закончатся, что их не хватит. Поэтому было необходимо покупать лекарства с запасом, и в особенности – сердечные лекарства и лекарства, связанные с купированием, снижением боли, лекарства от давления. Для жителей Клубково эта проблема решалась проще: обычно информанты из этого села полагались на возможности аптечного киоска или надеялись на то, что аптечный киоск будет полезен им или даже спасет жизнь в крайних случаях, когда нет лекарств. Всегда сохранялась возможность позвонить фельдшеру и попросить ее привезти все необходимые лекарства, хотя бы на время заболевания или в случае резкого ухудшения самочувствия и состояния.

Сельский контекст в описании лекарств, местах расположения лекарств, практиках их приема и создания запаса был связан с опасностью не купить вовремя необходимые препараты в случае критических состояний, со сложностью хранения лекарств, ввиду достаточно частых отключений электроэнергии, и проблем, связанных с отсутствием аптечных киосков в амбулаториях. В целом следует отметить, что лекарства, как и практики медикализации и самомедикализации, играли важную роль. Например, саморегуляция (*self-regulation*) была выражена в том, что сельская инфраструктура иногда диктовала особые условия приема лекарств и могла быть одной из причин, как это называли информанты, «усовершенствований» рекомендаций врачей или несоблюдения необходимых рекомендаций.

Лекарства и агентность пожилых людей

При описании лекарств в интервью можно выделить два сюжета, в рамках которых происходит формирование агентности пожилых людей. Первый связан с проблемной сельской инфраструктурой: географическая удаленность аптек и физические трудности, связанные с поездками на дальние расстояния, чтобы достать необходимое лекарство, формируют *вынужденную агентность* – необходимость искать замену или изменять свой график приема препарата. Текучесть лекарства как материального объекта в данном случае влияет на агентность возмож-

ностью найти необходимую замену препарату или включить, суметь подстроить свою повседневность под сам препарат, и тогда лекарство может быть рассмотрено как нетекучее:

«Это лекарство так просто не достать. В Луге его тоже нет, поэтому и нашла в итоге замену, правда, дженерик, но все равно помогает и достаточно хорошо, вот его сейчас и пью» (информантка, инвалид III группы, 67 лет).

Другой тип агентности, связанной с приемом лекарств (*защитная агентность*), заключался в необходимости и желании противостоять экспертной власти, монополии врачей и медицинского персонала, работающего в амбулатории. В данном случае возможность изменять или корректировать прием лекарств и принимать другие препараты выступает одним из способов вносить изменения в свое лечение и влиять на процесс лечения через покупку другого препарата. Общей тенденцией, которая встречалась в интервью, было описание недоверия сельским врачам и фельдшерам в назначении лекарств и, как следствие, поиск замены необходимых препаратов или поиск альтернатив. Текучесть в данном случае выражена через возможности быстро найти нужное лекарство и достать его, например, в городе:

«Что у нас фельдшер, это кошмар какой-то крошечный... Ну, врачиха назначает мне какой-то препарат, так я тоже ей не доверяю и, скорее всего, поеду в Лугу или в Питер, дорожее куплю. Так она назначает мне, а фельдшер в аптечном киоске скажет: «Так нет такого». И вот тебе, типа, цитрамон, там, а не «Энап» даже, с твоим давлением, получай, вот так-то» (информант, инвалид II группы, 80 лет).

Для информантов – участников исследования в большей степени был характерен тип защитной агентности, который выражался в поисках необходимого препарата в Интернете и противостоянии экспертной монополии врачей. В то же время для информанток – участниц исследования в большей степени был характерен вынужденный тип агентности, и он во многом был связан с необходимостью поиска замены препарата или другого препарата по причине его отсутствия в амбулатории или ФАПе.

Заключение

Мы рассматриваем медикацию как самолечение, покупку лекарств и применение их в повседневности, исходя из автономности самих пожилых людей и их контроля над течением своего заболевания, а также управления самим заболеванием. При этом мы не просто определяли медикацию как исключительно «бытовые»

практики, связанные только с приемом лекарств или покупкой лекарственных препаратов. Напротив, мы описывали медикацию информантов, в том числе исходя из того, какую роль играет для информантов в повседневности наличие лекарств, что задает тон течению дня и жизни с хроническими заболеваниями. Прием лекарств, медикация, действительно, во многом является автономной и независимой практикой, коррективы в которую вносили и сельская жизнь с проблемами инфраструктуры, и доступность (географическая) аптек, что обуславливало необходимость делать запасы лекарств, даже исходя не из финансовых трудностей и возможного удорожания препарата в будущем, а, скорее, потому, что не всегда была возможность доехать и добраться до аптеки, например по заснеженной дороге зимой или когда возникали сложности с ухудшением самочувствия. Отдельного внимания заслуживает и некая сакрализация описания медикации, и рассказы о лекарствах информантов, а также нежелание демонстрировать исследователям свои лекарства – в отличие от «огородной аптечки».

Следует отметить, что практики медикации информантов в сельской местности выступают хорошим показателем того, как через подобные практики конструируется самостоятельность и независимость в приеме лекарств, а также создается агентность пожилых людей. Есть возможность проанализировать и оценить социальные особенности лекарств, в том числе их географическую недоступность в сельской местности и влияние на практики заботы и заботы пожилых людей.

Истории информантов позволяют делать вывод о необходимости пересмотра концепции медикации в ее привычном понимании.

В будущем предстоит выяснить, как новые практики связаны с сельской местностью и возрастом информантов и характерны ли они только для сельских жителей.

Список литературы

1. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2013. №11. С. 6–15.
2. Сиденкова А.П. и др. Теоретические аспекты проблемы комплаенса // Уральский медицинский журнал. 2019. № 14. С. 5–11.
3. Van der Geest S., Whyte S. R. The charm of medicines: metaphors and metonyms // Medical Anthropology Quarterly. 1989. V. 3. № 4. P. 345–367.
4. DeFries G.H., Konrad T.R. The Self-Care Movement and the Gerontological Healthcare Professional // Generations. 1993. V. 17. № 3. P. 37–40.
5. Dean K. Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research // Social Science & Medicine. 1989. V. 29. № 2. P. 117–123.

6. Fainzang S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication // *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2013. V. 37. № 3. P. 488–504.
7. Van der Geest S., Whyte S. (ed.). *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology*. Springer Science & Business Media, 1988. V. 12. P. 233.
8. Warner C. B. Medical self-care actions by older adults: A two-paradigm approach. 2003. P. 370.
9. Liao S.J. et al. Medication Management in Frail Older People: Consensus Principles for Clinical Practice, Research, and Education // *Journal of the American Medical Directors Association*. 2021. V. 22. № 1. P. 43–49.
10. Brandão G.R. et al. Self-medication in older european adults: Prevalence and predictive factors // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020. V. 91. P. 104189.
11. Limaye D. et al. Self-medication practices in urban and rural areas of Western India: a cross sectional study // *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2018. June. P. 2672–2685.
12. Cecyli C., Pragathi T. Assessment of knowledge and practice of self-medication among urban and rural population // *Drug Invention Today*. 2020. **13** (6). P. 1059–1064.
13. Стародубов В.И. и др. *Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
14. Грицюк М. Лучше быть умным и здоровым. Счетная палата проверила доступность качественной медпомощи и образования // *Российская газета*. 2015. 14 апреля. URL: <https://rg.ru/2015/04/14/optimizacyasite.html> (дата обращения: 28.05.2021).

MEDICAL PRACTICES AND AGENCY OF ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES IN RURAL AREAS

K.A. Galkin

Sociological Institute, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology,
Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russian Federation

The life of an elderly person, for a number of reasons due to age, is often more dependent on medications, and the availability of medications may be necessary for continuous preventive treatment of the disease or to maintain their well-being. Chronic illness creates special drug regimens, and an individual's daily routine can change significantly. At the same time, the experience of a chronic disease is associated with prescribed medications that are prescribed by a doctor, and patients are often forced to fulfill the conditions of appointment and take the necessary medications, which often limits the agency of an elderly person. Life in rural areas increases the monopoly of doctors (there are no doctors other than a doctor in an outpatient clinic) who prescribe medicines, causes difficulties related to the geographical distance and availability of medicines, and the availability of pharmacies with the necessary medicines. Medications are rarely analyzed sociologically and using sociological methods. This article attempts to analyze the practice of taking medications by older people using sociological methods. The paper analyzes the daily practices of taking medications by elderly people using sociological methods and sociological optics of explanation. The article examines how and under what conditions the Agency of elderly people with chronic diseases is formed in rural areas through drug administration practices. Under the agency of older people in the article is understood independence of choice and the ability to choose the necessary drug for the treatment of the disease. The empirical base of the study consists of 25 biographical interviews ($n=25$) with elderly people with chronic diseases and various disability groups living in the Leningrad region. The informants are 65–88 years old.

Keywords: elderly people in rural areas, elderly medical practices, chronic diseases, rural medicine, practice of medication of elderly people.