

*На правах рукописи*



**Финкельштейн Ирина Евгеньевна**

**СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРАКТИКИ  
МЕДИЦИНСКОГО ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ  
КРУПНОГО РОССИЙСКОГО ГОРОДА  
НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Специальность 5.4.6 – Социология культуры

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук

Нижний Новгород 2022

Диссертация выполнена на кафедре методологии социологических и маркетинговых исследований ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева».

Научный  
руководитель: ЛЕХЦИЕР ВИТАЛИЙ ЛЕОНИДОВИЧ  
доктор философских наук, доцент,  
профессор кафедры методологии социологических и  
маркетинговых исследований ФГАОУ ВО «Самарский  
национальный исследовательский университет имени  
академика С.П. Королева»

Официальные  
оппоненты: ЛЕБЕДЕВА-НЕСЕВРЯ НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА  
доктор социологических наук, доцент  
заведующая лабораторией методов анализа социальных  
рисков ФБУН «Федеральный научный центр медико-  
профилактических технологий управления рисками  
здоровью населения» Федеральной службы по надзору в  
сфере защиты прав потребителей и благополучия  
человека.

КЛЕПИКОВА АННА АЛЕКСАНДРОВНА  
кандидат социологических наук,  
доцент факультета антропологии АНООВО  
«Европейский университет в Санкт-Петербурге»

Ведущая  
организация: ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный  
медицинский университет» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «20» января 2023 года в 14:00 на заседании диссертационного совета Д 24.2.340.02 на базе ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского» по адресу 603022, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, 23, корп. 1а, конференц-центр.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале фундаментальной библиотеки и на сайте ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский университет им. Н. И. Лобачевского» (ННГУ) по адресу: 603950, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 23, к.1, <https://diss.unn.ru>.

Автореферат разослан « \_\_\_ » декабря 2022 года

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат философских наук, доцент



Н.Н. Воронина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В современном мире значительная доля людей имеет хронические заболевания: по данным RLMS-HSE на 2014 год более половины населения России в возрасте от 14 лет страдает хотя бы одним хроническим заболеванием <sup>1</sup>. Начавшаяся весной 2020 г., пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) только усугубила ситуацию с развитием хронических проблем со здоровьем: это связано и с последствиями перенесенного вируса, и с перегрузкой системы здравоохранения. Хронические неинфекционные заболевания даже на фоне пандемии продолжают занимать лидирующую позицию в структуре смертности.

Увеличение доли людей, страдающих хроническими, а значит, необратимыми заболеваниями, оказывает влияние на разные аспекты жизни общества. Хроникализация общества, превращение хронической патологии в «типичный врачебный случай»<sup>2</sup> формируют у социальных наук потребность в многоаспектном осмыслении этого феномена, включая анализ поведения хронических пациентов в ситуации болезни. Поскольку хроническое заболевание принципиально отличается от острого экзистенциальной необратимостью и ставит человека перед необходимостью постоянно принимать терапевтические решения (например, обращаться или не обращаться к врачу при обострении болезни, какой тип медицины предпочесть), крайне важным становится осмысление тех факторов, которые преимущественно оказывают влияние на эти решения. Хронический пациент, годами живущий со своим заболеванием, принимает решения на основе той «медицинской культуры» (совокупности медицинских знаний, убеждений, верований), носителем которой он является. Так поведение хронических пациентов

---

<sup>1</sup>Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE). 2016.

<sup>2</sup>Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. 2006.С. 162.

попадает в широкий исследовательский контекст «медицина и культура»<sup>1</sup> и закономерно становится объектом социологии культуры.

Итак, хроническая болезнь ставит перед человеком множество вопросов, требующих решения. Во-первых, это вопросы, связанные с моральными, социальными аспектами болезни, касающиеся повседневной жизни. Во-вторых, это вопросы медицинского выбора, касающиеся непосредственно лечения, это выбор между альтернативными вариантами решения, представленными в конкретной культуре – выбор пациентом медицинской системы (биомедицины<sup>2</sup> и/или неконвенциональной<sup>3</sup> медицины), формы медицинской помощи (государственной и/или частной), выбор между самостоятельным лечением и обращением за профессиональной медицинской помощью, стратегии лечения, врача.

На первый взгляд, кажется, что пациент мало что решает, когда речь идет о медицинских аспектах болезни, ведь назначение лечения, медицинские манипуляции находятся в зоне ответственности врача как представителя профессионального медицинского сообщества. Однако, именно пациент в большинстве случаев принимает окончательное решение относительно лечения (исключение составляют ситуации бессознательного состояния пациента). В конечном счете, от выбора пациента зависит состояние его здоровья, качество жизни, а в некоторых случаях и сама жизнь. Специфика пациентского медицинского выбора состоит в том, что решения принимаются в ситуации отсутствия специальных медицинских знаний, недостатка надежной и проверенной информации и на основе того циркулирующего в социуме совокупного медицинского знания о болезнях и их лечении, которое пациент черпает из самых разных источников.

---

<sup>1</sup> Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, западной Германии и Франции. 2012.

<sup>2</sup> Биомедицина – система здравоохранения западного типа, основанная на синтезе объективистского научного знания и современных технологий. В работе понятия конвенциональной, официальной медицины и биомедицины используются как контекстуальные синонимы.

<sup>3</sup> Неконвенциональная медицина включает в себя подходы к лечению альтернативные биомедицине. К неконвенциональной медицине чаще всего относят народное целительство, индийскую аюрведу, традиционную китайскую медицину, гомеопатию (Харитонов В., Янева-Балабанска И. 2017).

При этом, несмотря на важность данной темы, мы мало что знаем о медицинском социокультурном контексте принятия терапевтических решений пациентами. В данной работе именно терапевтические решения пациента и роль его культурных(медицинских) представлений в процессе их принятия становятся лейтмотивом изучения опыта хронической болезни. Насколько сильно влияние этих представлений в сравнении с другими факторами, как можно структурировать фактор медицинского «культурного знания» пациента, влияющего на его терапевтический выбор? Именно такая постановка исследовательского вопроса поможет выработать знание о социокультурных факторах пациентского медицинского выбора в координатах здравоохранения крупного российского города.

### **Степень научной разработанности проблемы.**

Особое значение для изучения опыта пациента имеют работы, посвященные исследованию влияния культуры на медицину – восприятие болезни, боли, различных лечебных практик (А. Клейнман, Б. Гуд, С. Хелман, Л. Пейер, Е.И. Кириленко, Г.Р. Хайдарова, Д. Михель)<sup>1</sup>, а также такое исследовательское направление как нарративная медицина (Ч. Маттингли, Р. Шэррон)<sup>2</sup>, учитывающая разнообразные культурные нарративы и их влияние на пациента. Для анализа социокультурного контекста медицины важен интерпретативный подход к пониманию культуры, представленный в работах А. Шюца и К. Гирца<sup>3</sup>. Феномен медицинского выбора пациента сегодня тематизируется и описывается и в рамках исследований этической сущности клинического опыта (А.Мол)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. 1980; Kleinman A., Eisenberg L., Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. 2006; Helman C.G. Culture, Health and Illness.1984; Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, западной Германии и Франции. 2012; Кириленко Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания и этнокультурная специфика. 2008; Хайдарова Г. Феномен боли в культуре. 2013; Михель Д. В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания.2015.

<sup>2</sup>Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning.1991; Garro L., Mattingly C. Narrative as construct and construction. 2000; Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. 2006.

<sup>3</sup>Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004; Гирц К. Интерпретация культур. 2004.

<sup>4</sup>Мол А. Множественное тело.2015.

Последние десятилетия в России появился интерес к социально-гуманитарным исследованиям медицины, к анализу медицины в контексте культуры. Это подтверждает активная научная работа Ассоциации медицинских антропологов в России, образованной на базе ИЭА РАН в 2013 году (президент АМА – Харитонов В.И.), проведение ассоциацией конференций, симпозиумов на темы, в том числе находящиеся на пересечении социологии медицины и социологии культуры. В некоторых регионах России сложились исследовательские коллективы, работающие в этой области знания. В Самарском университете уже более 10 лет реализовываются различные проекты, связанные с исследованием проблемы медицинского выбора, «общества ремиссии», субъективных и культурных смыслов болезни, нарративного поворота в медицине (А.С. Готлиб, В.Л. Лехциер)<sup>1</sup>.

Тема выбора, процесса принятия решений имплицитно присутствует в классических теориях социального действия (М. Вебер, Т. Парсонс). На фоне критики экономической модели абсолютной рациональности за ее абстрактность появляются модели рациональности, стремящиеся к описанию поведения реального человека: модель «ограниченной рациональности» Г. Саймона, согласно которой рациональность ограничена как экзогенными факторами (например, недостаток информации), так и эндогенными (когнитивными способностями человека); модель «переменной рациональности» Х. Лейбенстайна, согласно которой человеку свойственно стремление к экономии собственных ресурсов, поэтому в процессе принятия решения он выбирает первый удовлетворительный вариант. Эксперименты Д. Канемана и А. Тверски наглядно показывают, что рациональность реального человека ограничена его когнитивными способностями и находится в определенных границах «пространства восприимчивости»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Готлиб А. С. Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа. 2012. Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. 2018.

<sup>2</sup>Вебер М. Основные социологические понятия. 1990; Парсонс Т. О структуре социального действия. 2000; Саймон Г., Рациональность как процесс принятия решений 1993; Leibenstein H. X-inefficiency Xists: Reply to an Xorcist. 1978; Tversky A., Kahneman D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice Science. 1981;

Сторонники теории рационального выбора (ТРВ) предлагают концепт рациональности, синтезирующий экономический и социологический подход (Д. Коулман, Ю. Эльстер) <sup>1</sup>. Параллельно в социологии в рамках прагматического подхода развиваются теории, обосновывающие механизмы формирования действий человека в повседневной жизни (П. Бурдьё, Э. Гидденса, И. Гофмана) <sup>2</sup>. Для данной работы особое значение имеет феноменологическая социология А. Шюца с его концепцией рациональности повседневной жизни на основе «запаса наличного знания»<sup>3</sup>.

Также во второй половине XX века появляются работы, посвященные исследованию процесса принятия решений человеком в сфере медицины: исследование медицинского выбора пациентами в когнитивной медицинской антропологии (Л. Гарро и Дж. Янг)<sup>4</sup>; мотивационные модели в социальной психологии (Дж. Киршт, И. Розеншток)<sup>5</sup>; изучение поведения человека в ситуации болезни в социологии (Д. Механик, Э. Фолькарт)<sup>6</sup>; исследования потребительского поведения пациентов на основе различных экономических и социологических концепций потребления, например, модели ожидаемой полезности, теории рационального выбора, теории габитуса (К. Наталиер, К.Ф. Уиллис, Д. Лаптон, Д. Скэнлон, М. Чернев, С. Софаер, К. Фирмингер)<sup>7</sup>.

Ряд российских исследователей анализируют конкретные аспекты медицинского выбора пациентов. Можно упомянуть исследования о принятии

---

Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. 2005; Канеман Д. Карты ограниченной рациональности: психология для поведенческой экономики. 2006.

<sup>1</sup> Коулман Д. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора. 2004; Эльстер Ю. Объяснение социального поведения: еще раз об основах социальных наук. 2011.

<sup>2</sup> Бурдьё П. Практический смысл. 2001; Гидденс Э. Устройство общества: Очерк теории структуризации. 2005; Гофман И. Анализ фреймов: Эссе об организации повседневного опыта. 2004.

<sup>3</sup> Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С.78.

<sup>4</sup> Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994; Garro L.C. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998; Garro L.C. Cognitive Medical Anthropology. 2004.

<sup>5</sup> Kirscht J. The Health Belief Model and Illness Behavior. 1974; The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change / Irwin M. Rosenstock. 1994.

<sup>6</sup> Mechanik D. Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. 1966; Mechanik D. The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. 1986; Mechanik D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. 1961.

<sup>7</sup> Natalier K., Willis K. Taking Responsibility or Averting Risk? A Socio-Cultural Approach to Risk and Trust in Private Health Insurance Decisions. 2008.; Lupton D. Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. Social Science and Medicine. 1997; Scanlon D., Chernew M. Consumer Health Plan Choice: Current Knowledge and Future Directions. 1997; Sofaer S., Firminger K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services. 2005.

решения о вакцинации (А.А. Ожиганова, Н.А. Антонова, К.Ю. Ерицян, В.К. Солондаев, Е.В. Конева)<sup>1</sup>; выбор, связанный с ситуацией беременности и родов (А.А. Темкина, Е.А. Здравомыслова, А.А. Новкунская, Е.А. Бороздина)<sup>2</sup>. Также отдельно можно выделить работы, в которых медицинский выбор пациента выкристаллизовывается в рамках исследований особенностей коммуникации или взаимоотношений врача и пациента (А.А. Темкина, Е.А. Здравомыслова, В.В. Жура, А.Е. Чирикова, С.В. Шишкин, С.А. Ефименко)<sup>3</sup>.

Особого внимания заслуживают исследования влияния социальных сетей, социального окружения и социального капитала на решения, которые человек принимает относительно своего здоровья (Дж. Браун, Н. Русинова, П. Аронсон)<sup>4</sup>. В этих работах стратегии поведения больных острыми и хроническими заболеваниями рассматриваются как результат социальной интеракции в формализованных и неформализованных социальных сетях.

Самолечение является одной из значимых составляющих в структуре терапевтического выбора пациента (Л.С.Шилова)<sup>5</sup>. Исследования здоровьесберегающих практик и здоровья как ценности (ресурса, капитала) в более широком контексте представлены в работах З.Х. Саралиевой, С.А. Судьина, Н.Н. Седовой, С.С. Шматовой, Е.С. Бердышевой, Б.А. Белявского<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup>Ожиганова А. А. Вакцинация: мнения оппонентов. 2009; Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью. 2014; Солондаев В. К., Конева Е. В., Черная Л. Н. Психологические факторы принятия решения о вакцинации. 2016.

<sup>2</sup>Здравомыслова Е.А., Темкина А. А. «Врачам я не доверяю, но...». Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. 2009; Новкунская А.А. «Безответственные» роды или нарушение норм российской системы родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения. 2014; Бороздина Е.А. Логика оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях. 2017.

<sup>3</sup>Здравомыслова Е.А., Темкина А. А. Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки. 2012; Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении. 2008; Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. 2014; Ефименко С.А. Социология пациента.2007.

<sup>4</sup>Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни. 1993; Аронсон П.Я. Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни. 2007.

<sup>5</sup>Шилова Л. Практики самолечения российского населения. 2014.

<sup>6</sup>Социальные контексты здоровья: монография / З.Х. Саралиева, С.А. Судьин, А.М. Бекарев, Г.Л. Воронин [и др.]. 2020; Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад. 2010; Шматова С.С. Опыт социологической интерпретации практик здоровьесберегающего поведения. 2015; Бердышева Е.С., Белявский Б.А. Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самосохранительных практик. 2021.

Современные медицинские технологии и информационные технологии в сфере медицины (телемедицина, генетические тесты) постепенно вписываются в повседневные практики пациентов, актуализируются в пациентском сознании. Последние годы можно наблюдать появление работ, в которых осуществляется анализ этих процессов в социологическом и антропологическом измерении (А.С. Курленкова, Ю.Л. Войнилов, В.В. Полякова, Д.В. Михель, А.С. Угарова, Л.В. Земнухова)<sup>1</sup>.

В российской социологии медицины выделяются работы, посвященные потребительскому выбору медицинских услуг, в которых пациент в ситуации медицинского выбора рассматривается в роли потребителя (О. Бредникова, С.В. Шишкин, А.Я. Бурдяк, Е.Г. Потапчик, А.А.Тёмкина)<sup>2</sup>.

Релевантными проблеме медицинского выбора являются и традиционные для социологии медицины исследования, посвященные анализу системы здравоохранения, ее эффективности с позиции участников этой системы (А.В. Решетников, Л.С. Шилова, Н.Л. Антонова)<sup>3</sup>.

Также можно наблюдать формирующийся интерес к исследованию хронических пациентов – социально-демографический портрет, социальное самочувствие, ценностные ориентации (Д.П. Солодухина, О.В. Фатеева, Л.Л.Черных)<sup>4</sup>.

Анализ литературы показывает важность осмысления социокультурных контекстов медицинского выбора, совершаемого пациентами. Работы, посвященные теме медицинского выбора пациента, подчеркивают

---

<sup>1</sup> Курленкова А.С. Когда язык имеет значение: от донорства яйцеклеток к рынкам ооцитов. 2016; Войнилов Ю.Л., Полякова В.В. Мое тело - моя крепость: общественное мнение о биомедицинских технологиях. 2016; Михель Д.В. Форум: Новые технологии и телесность как предмет антропологических исследований. 2018; Угарова А.С. Парадоксы генетического тестирования на онкологию: между контролем и риском. 2018; Земнухова Л. Когда «о'Кей, гугл» не справляется: как найти психотерапевта в мире людей и технологий.2019.

<sup>2</sup>Бредникова О. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов. 2009; Шишкин С.В., Бурдяк А.Я., Потапчик Е.Г. Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения. 2014; Тёмкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. 2017.

<sup>3</sup>Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). 2002; Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения. 2007.

<sup>4</sup> Солодухина Д.П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями. 2015; Солодухина Д.П., Фатеева О.В. Социальное самочувствие хронических больных.2016; Солодухина Д.П., Черных Л.Л. Расходы пациентов, ассоциированные с хроническим заболеванием.2016.

многофакторность и сложность этого процесса. Однако, в отечественной социологии культуры не представлены исследования, посвященные роли социокультурных факторов в процессе принятия терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями в условиях крупного российского города.

**Объект** диссертационного исследования – практики пациентского медицинского выбора<sup>1</sup> в ситуации хронической болезни.

**Предмет исследования** – социокультурные особенности выбора терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями на разных стадиях развития болезни в условиях крупного российского города.

**Цель работы** – определение роли социокультурных факторов в процессе принятия терапевтических решений пациентами на разных стадиях хронической болезни (на примере г. Самары как типичного крупного российского города).

**Задачи исследования:**

1. Определить теоретические концепции релевантные исследованию социокультурных факторов медицинского выбора пациентов в ситуации болезни.
2. Проанализировать социокультурные особенности принятия терапевтических решений хроническими больными на начальной стадии развития хронической болезни («дебют болезни» и постановка диагноза/назначение лечения).
3. Проанализировать социокультурные особенности принятия терапевтических решений хроническими больными на стадии хроникализации болезни.
4. Определить социокультурные особенности принятия терапевтических решений хроническими пациентами, корректирующих модель медицинского выбора в период пандемии.

---

<sup>1</sup>В работе в качестве контекстуальных синонимов также используются понятия терапевтические решения, медицинский выбор, пациентский выбор.

5. Определить представленность терапевтических решений хронических пациентов на разных стадиях развития болезни в условиях крупного российского города.
6. Выделить модели медицинского выбора<sup>1</sup> хронических больных на стадии начала болезни и ее хроникализации: конфигурация социокультурных факторов при разных терапевтических решениях пациентов в условиях крупного российского города.

Основная **гипотеза** исследования заключается в том, что хронический пациент, принимая терапевтические решения относительно своего заболевания, испытывает влияние спектра различных факторов, в котором особое значение имеют социокультурные факторы.

**Теоретико-методологическая основа исследования.** Концептуально исследование строилось на основных принципах когнитивной медицинской антропологии Л. Гарро, предложившей понятие «культурное знание» для анализа пациентского опыта. Опора на принципы когнитивной медицинской антропологии происходила с учетом социокультурного контекста, особенностей институциональной среды здравоохранения крупного российского города. Для диссертации значимы феноменологическая концепция выбора А. Шюца и феноменологическое осмысление понятия культуры как intersubjectивного пространства готовых культурных образцов поведения, восприятия, знания, в том числе практического, формирующихся в конкретном социальном, историческом контексте (А. Шюц, К. Гирц). Кроме того, общим методологическим контекстом служат классические работы, помещающие анализ медицины в контекст исследований культуры (Л. Пейер, А. Клейнман).

**Эмпирическая база диссертации.** 1. Сбор данных для выявления социокультурных факторов медицинского выбора хронических пациентов был осуществлен в рамках исследования «Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе» исследовательским коллективом

---

<sup>1</sup> Модель медицинского выбора включает репертуар решений и факторы их выбора.

Самарского национального исследовательского университета им. С.П. Королева<sup>1</sup> с участием автора, в течение 2017-2018 гг.:

1.1. Качественный этап исследования: глубинные интервью с пациентами-хрониками – 25 информантов, автоэтнография, фокус-группа. Целевая выборка по критериям: наличие хронического заболевания, требующего терапевтических решений, стаж болезни не менее одного года. Поскольку фокус-группа проводилась с целью контроля внутренней валидности, соответственно, в ее состав вошли приверженцы разных медицинских систем (биомедицина, гомеопатия, народная медицина).

1.2. Количественный этап исследования: полуструктурированное интервью, выборка составила 510 человек (метод двухступенчатой выборки: первая ступень – стратифицированный отбор по критерию «класс заболевания»<sup>2</sup>, вторая ступень – квотный отбор по критериям «пол», «возраст»). Результаты количественного исследования касаются только самарских пациентов. Однако, Самара имеет типичную институциональную среду здравоохранения для крупного российского города, с характерным набором альтернативных вариантов терапевтических решений. Это позволяет учитывать результаты исследования при анализе проблемы пациентского выбора в других крупных городах России.

2. Исследование социокультурных факторов медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии было проведено автором летом 2021 г. (в рамках исследования «Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе в период пандемии Covid-19»). Метод глубинное интервью – 11 информантов. Целевая выборка по критериям: наличие хронического заболевания, требующего терапевтических решений, стаж

---

<sup>1</sup> Исследование «Создание моделей медицинского выбора: социологический анализ алгоритмов принятия решений врачами и пациентами в крупном российском городе» поддержано РФФИ, грант № 17-06-00127 А. Руководитель – проф. Лехциер В.Л.

<sup>2</sup> Из-за отсутствия отдельной статистики по хроническим пациентам с некоторым допущением использовались данные статистической отчетности о постановке диагноза при первичном обращении жителей Самары по различным классам заболеваний.

болезни не менее 3-х лет (поскольку к моменту начала пандемии у информанта должна была сложиться определенная медицинская модель).

### **Научная новизна.**

1. Новым для российской традиции изучения социокультурных факторов медицинского выбора является применение методологических принципов теории медицинского выбора, разработанных в когнитивной медицинской антропологии, в сочетании с феноменологической социологией: многофакторность медицинского выбора с фокусом исследовательской оптики на «культурном знании» как доминирующем факторе принятия терапевтических решений; концепт интерпретативного правдоподобия для обоснования дескриптивной модели рациональности; концепт дивергентной рациональности.

2. По результатам качественного этапа исследования на основе теоретических и логических принципов был разработан исследовательский конструкт «культурное знание» и описана его структура.

3. Эмпирически эксплицированы социокультурные факторы принятия решений пациентами при выборе между обращением за профессиональной помощью и самолечением, между конвенциональной медициной и неконвенциональной (в том числе, в случае комбинированного выбора на основе дивергентной рациональности).

4. Эксплицированы модели медицинского выбора, характерные для пациентов с хроническими заболеваниями в период пандемии.

5. По результатам качественного этапа исследования предложен инструмент для количественного этапа: набор альтернативных решений и социокультурных факторов эксплицирован из перспективы пациента. Также анализ терапевтических решений хронических пациентов проводится на разных стадиях развития болезни: «дебют болезни»; постановка диагноза/назначение лечения; хроникализация болезни.

6. По результатам количественного исследования представлены модели медицинского выбора терапевтических решений хроническими

пациентами на разных этапах развития болезни, т.е. выявлены конфигурации социокультурных факторов для наиболее распространенных терапевтических решений пациентов.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Показана эпистемологическая эффективность сочетания методологических принципов когнитивной медицинской антропологии и феноменологического подхода для исследования медицинского выбора пациентов с хроническими заболеваниями в социокультурном контексте крупного российского города. *Медицинский выбор* в исследовании определяется как культурно и социально обусловленный рациональный, осознанный процесс принятия решения относительно своего лечения на основе культурного знания, личного опыта и материальных ресурсов.

2. *Культурное знание* как фактор, влияющий на принятие терапевтических решений пациентами, имеет сложную структуру. Она включает представленные в культуре и инкорпорированные субъектом знания о болезни, природе заболевания, способах ее лечения, на основе которых пациент оценивает свои состояния на разных этапах болезни (начальной и стадии хронизации). Также к «культурному знанию» относятся представления о различных системах медицинского знания (в частности, о биомедицине и неконвенциональной медицине) и о медицинских институтах. Культурное знание имеет разные источники (социальное окружение, Интернет, знакомые врачи) и корректируется личным опытом болезни и лечения.

3. Анализ результатов качественного этапа исследования показывает, что при выборе медицинской системы для хронических пациентов характерны три типа решений: биомедицина, комбинирование биомедицины и неконвенциональной медицины, неконвенциональная медицина. В свою очередь при комбинированном выборе были выделены две основные стратегии сочетания медицинских систем: (1) использование нетрадиционных медицинских практик и народных средств как

исключительно дополнительных по отношению к основной терапии мероприятий; (2) обращение к технологиям биомедицины только для определенных заболеваний (как правило, информанты имеют в виду болезни, которые идентифицируются как угрожающие жизни, «страшные болезни»). Основными критериями выбора медицинской системы являются культурные представления: (не)доверие определенной медицинской системе, оценка медицинской системы как эффективной для конкретной болезни. При выборе между самолечением и обращением к врачу основными критериями принятия решения являются представления о болезни с точки зрения серьезности и наличные знания о лечении, а также сложившиеся представления о медицинских институтах.

4. В период пандемии хронические пациенты осуществляли выбор между корректировкой и отказом от корректировки сложившейся до пандемии модели лечения. Основными критериями принятия корректирующих терапевтических решений являлись культурные представления о новом вирусе и его взаимодействии с хроническим заболеванием, а также проблема доступности медицинской помощи.

5. В рамках количественного этапа исследования в структуру медицинского выбора в качестве терапевтических альтернатив включены выбор неконвенциональной медицины, а также разные виды самолечения: с разной степенью медикализированности<sup>1</sup> и самостоятельности в выборе терапии (с точки зрения степени использования прошлых рекомендаций врача). Отдельно включены в анализ терапевтические решения, связанные с перепроверкой диагноза или рекомендаций врача, с уровнем приверженности лечению на начальной стадии развития болезни. Анализ факторов медицинского выбора проводился с сохранением логики феноменологического подхода: 1) в классическое исследование были включены только те факторы, которые были выявлены в ходе анализа

---

<sup>1</sup> Медикализированное самолечение – это лечение биомедицинскими препаратами без контроля врача. Немедикализированное самолечение – это лечение методами неконвенциональной медицины или физическими упражнениями без контроля специалиста.

глубинных интервью и фокус-группы в рамках качественного исследования<sup>1</sup>;

2) каждый респондент самостоятельно производил оценку меры влияния факторов на свои терапевтические решения. На эмпирическом уровне факторы были представлены набором суждений, сформулированных как объясняющие мотивы и выполняли роль индикаторов факторов. Набор альтернативных терапевтических решений и факторов отличается в трех эмпирически эксплицированных ситуациях болезни – «дебюта болезни»; постановки диагноза/назначения лечения; хроникализации болезни.

6. По результатам количественного этапа исследования в ситуации «дебюта» болезни самой распространенной моделью медицинского выбора хронических больных является модель «только официальная медицина» (конвенциональный врач) – 76,8%. Для 14,5% хронических больных характерна модель комбинированного выбора «сочетание официальной медицины и самолечения». В ситуации хроникализации болезни наиболее распространенными моделями медицинского выбора хронических больных являются следующие: «только официальная медицина» (конвенциональный врач) – 57%; «только самолечение» – 23%; «сочетание официальной медицины и самолечения» – 16%. Количественный этап исследования показывает, что и в ситуации «дебюта болезни», и в ситуации хроникализации болезни выбор специалистов неконвенциональной медицины находится в пределах статистической погрешности. В рамках самолечения также доминирует медикализированная форма (для третьей ситуации болезни самый распространенный вариант самолечения – на основе прежних назначений с самостоятельной корректировкой лечения или без корректировки). Однако, немедикализированная форма самолечения тоже хорошо представлена. Модели медицинского выбора в рамках первой и третьей ситуации болезни имеют разную конфигурацию факторов, составляющих культурное знание. В ситуации «дебюта» болезни для

---

<sup>1</sup>Мы допускаем, что возможны и другие факторы, влияющие на медицинский выбор хронических больных в крупных российских городах, однако, они не были выявлены в нашем качественном исследовании.

хронических больных, осуществляющих самостоятельное лечение (как при комбинированном выборе, так и при моновыборе «только самолечение»), знания, полученные из разных источников, в два раза чаще оказывают влияние на процесс принятия терапевтических решений – 74% против 39% обращающихся только к врачу биомедицины (в исследовании это фактор «знания, полученные от другого»). Фактор «отношение к медицинским институциям» имеет большее влияние в группе пациентов с комбинированным поведением по сравнению с группой моновыбора (только официальная медицина) – в 1,5 раза (96% против 65%). При этом акцент в первой группе делается прежде всего на недоверии к медицинским институциям. В ситуации хроникализации болезни для хронических пациентов, выбирающих только самолечение, самую сильную позицию имеет фактор «знание себя» (на основе личного опыта болезни и лечения). Эта категория респондентов больше других ориентируется на знания, подтвержденные личным опытом. Фактор «знания, полученные от «другого» в рамках третьей ситуации для модели «только самолечение» сохраняет важность (45% против 33% в целом по выборке). Для категории хронических пациентов, выбирающих наблюдение у конвенционального врача, как единственный способ контроля болезни, можно наблюдать обратную ситуацию – заметно снижается значимость факторов «знание себя» (на основе личного опыта) и «знания, полученные от «другого», усиливается влияние факторов «доверие к медицине как науке» и «отношение к медицинским институциям». Для данной самой многочисленной категории пациентов характерна уверенность в эффективности конвенциональной медицины и в необходимости наблюдения у врача.

**Теоретическая значимость работы.** Предложенный в работе подход сочетания основных положений когнитивной медицинской антропологии и феноменологической социологии вносит вклад в российскую традицию изучения социокультурных факторов медицинского выбора хронических пациентов. Описанная в работе классификация социокультурных факторов

пациентского выбора и альтернативных терапевтических решений хронических пациентов на разных этапах развития болезни, а также предложенная методология изучения факторов могут быть использованы для социогуманитарных исследований проблем медицинского выбора.

**Практическая значимость.** Результаты исследования имеют практическую ценность для такой корректировки системы здравоохранения, которая бы учитывала алгоритмы поведения хронических пациентов; они могут быть также использованы в преподавании учебных дисциплин по социологии и антропологии медицины на факультетах социальных наук и в медицинских университетах, а также при разработке тематического раздела о социокультурном контексте медицины в рамках дисциплины социология культуры.

**Соответствие диссертации Паспорту специальностей ВАК.** Диссертационное исследование соответствует специальности 5.4.6. – Социология культуры по следующим пунктам Паспорта специальности: 3. Социокультурный процесс, его структура и особенности в разных сферах жизнедеятельности; 14. Социальные факторы культурного воспроизводства.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** обеспечивается использованием теоретической модели, верифицированной в западных эмпирических исследованиях социокультурного контекста терапевтического выбора пациента; использованием стратегии последовательного сочетания качественной и количественной методологии; соблюдением методологических принципов проведения выборочного опроса; применением математико-статистических методов при обработке и анализе данных количественного этапа исследования.

**Апробация результатов исследования.** Основные результаты работы представлены в девяти публикациях, в том числе, в пяти публикациях в рецензируемых журналах из списка ВАК. Результаты исследования представлены на XII Всероссийской научной конференции памяти Юрия Левады «Современное российское общество и социология» (Москва, 2018); на

VI Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицина и (со)общества: интеграция медицинских систем, практик, методов в профилактике и оздоровлении» (Москва, 2018); на Международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: V.2.0» (Нижний Новгород, 2019); на IX Международном интердисциплинарном научно-практическом симпозиуме «Медицинская антропология перед новыми вызовами: мир, люди, знания и культуры в эпоху пандемии» (Москва: онлайн, 2021).

**Структура работы** включает введение, три главы, заключение, список литературы, приложения.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во Введении** обосновывается актуальность темы диссертации, анализируется степень ее разработанности, формулируется объект, предмет, цель, задачи и гипотеза исследования, определяются его методологические и теоретические основания, научная новизна и практическая значимость работы.

**В первой главе «Теоретико-методологические основания социальных исследований пациентского медицинского выбора в контексте культуры»** представлены важные для исследования подходы – когнитивная теория в контексте медицинской антропологии и феноменологический подход к пониманию выбора.

**В первом параграфе «Развитие концепта пациентского медицинского выбора в западной и отечественной науке»** обращаемся в первую очередь к опыту медицинской антропологии, науки, которая впервые поставила проблему медицинского выбора и имеет опыт ее теоретического и эмпирического изучения.

**В первом пункте параграфа «Модель принятия терапевтических решений пациентами и концепт культурного знания в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро»** описываются методологические принципы когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро, признанного лидера в области исследований медицинского выбора. Приводится анализ основных понятий – интерпретативное правдоподобие, дивергентная

рациональность, культурное знание. Согласно концепции медицинского выбора Гарро принятие терапевтических решений пациентом происходит на основе дескриптивного типа рациональности: актер из всех известных ему альтернатив выбирает ту, которая оценивается им как наиболее правильная на основе имеющегося культурного знания, личного опыта и оценки материальных ресурсов. Не исключая из анализа объективные условия, в которых принимается решение (сравнение альтернативных вариантов с точки зрения доступности), сторонники когнитивной антропологии указывают на доминирующую роль медицинских культурных знаний, на основе которых строится весь процесс принятия терапевтических решений. Концепт дивергентной рациональности обосновывает модель медицинского выбора, когда для решения одной медицинской проблемы используется несколько альтернативных решений. Такой подход к рациональности позволяет исследователю приблизиться к «адекватному пониманию сложно устроенного медицинского выбора»<sup>1</sup>.

Культурное знание включает в себя как интернализованные культурные схемы, для которых характерна высокая степень правдоподобности, так и неинтернализованные схемы с низкой степенью правдоподобности. Культурное знание и личный опыт находятся в постоянном взаимодействии, корректируют друг друга: именно через личный опыт осуществляется проверка культурных схем с точки зрения их правдоподобности. Важно, что концепт культурного знания не противопоставляет разум и эмоции: эмоциональная составляющая встроена в культурную модель.

**Во втором пункте первого параграфа первой главы «Исследование медицинского выбора пациентов в социологии медицины и медицинской антропологии в России»** представлен отечественный опыт эмпирических исследований, связанных с различными аспектами медицинского выбора пациентов. Для исследования процесса принятия терапевтических решений

---

<sup>1</sup>Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С.66.

особую ценность представляют работы, посвященные изучению – влияния социального капитала как важного ресурса в решении проблем со здоровьем; субъективной оценки риска различных медицинских манипуляций, терапевтических препаратов; категории доверия в ситуации медицинского выбора.

Анализ феноменологической перспективы исследования выбора разбирается во втором параграфе **«Концептуализация выбора в феноменологической социологии Альфреда Шюца»**. Для данной работы особо значима классификация смыслов рационального, утверждающая множественность, интерпретативность рационального выбора в повседневной жизни и отказ от абсолютной и нормативной рациональности. Феноменологический подход использовался для обоснования рациональности медицинского выбора пациента, в том числе, выбора в ситуации привычного поведения. Важной категорией анализа при исследовании процесса принятия решений в повседневности является биографически детерминированный «запас наличного знания» и описание источников его формирования (А. Шюц). Знание человека неоднородно, имеет разную степень правдоподобности, которая корректируется под влиянием личного, социального опыта, меняющейся ситуации. Также для настоящей работы очень важно описание процесса принятия решения как последовательности следующих этапов: (1) определение ситуации, ее категоризация по различным значимым критериям (кстати, критерии тоже могут проходить отбор); (2) отбор альтернативных решений из того репертуара, который составляет биографически детерминированный «запас наличного знания»; (3) выбор решения, субъективно воспринимаемого как наиболее приемлемого («правдоподобного»); (4) постфактумная оценка (оценка решения после его совершения с последующей корректировкой степени его правдоподобности).

**Во второй главе «Социокультурные основания пациентского выбора в ситуации принятия терапевтических решений хроническими пациентами (на примере г. Самары)»** представлены результаты

качественного этапа исследования медицинского выбора хронических больных, проведенного в г. Самаре. В качестве теоретической рамки для анализа пациентского выбора используются основные положения когнитивной медицинской антропологии и феноменологического подхода. Во второй главе были получены следующие результаты: 1) были выделены три основные ситуации болезни, в которых хронические больные делают свой выбор – ситуация первой встречи с болезнью, ее симптомами («дебют болезни»); ситуация после постановки диагноза и назначение лечения; ситуация хроникализации болезни; 2) была описана структура медицинского выбора, т.е. установлен спектр возможных альтернатив (альтернативных решений) для каждой из трех ситуаций болезни; 3) были установлены различные факторы, влияющие на принятие терапевтических решений во всех трех ситуациях болезни; 4) была выявлена важная роль повседневного медицинского культурного знания в формировании терапевтических решений, а в ситуации выбора медицинской системы все факторы, оказывающие влияние на решение, составляют конструкт культурное знание; 5) эксплицировано взаимодействие культурного знания и личного опыта, показана важность личного опыта в корректировке культурного знания, в изменении степени правдоподобности альтернативных решений; 6) описаны источники формирования медицинского культурного знания – представления, циркулирующие в культурном пространстве, представления семьи, ближайшего окружения, личный опыт (опыт лечения, опыт взаимодействия с конкретными врачами).

**В первом параграфе второй главы «Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами на начальном этапе развития хронической болезни»** представлены правила принятия терапевтических решений, характерные для первых двух ситуаций – «дебюта болезни» и постановки диагноза/назначения лечения.

В начале параграфа представлены основные элементы дизайна качественного этапа исследования, а также описывается институциональная среда, в которой пациент совершает медицинский выбор.

В рамках ситуации дебюта болезни описывается весь набор альтернативных вариантов решений, которые пациент последовательно принимает: обращать внимание на симптомы или не обращать; если обращать внимание, то что предпринять – самостоятельно справиться с проблемой или обратиться за профессиональной помощью; в случае самостоятельного лечения, какие средства лечения использовать – медикализированные, немедикализированные или их сочетание; в случае обращение к профессиональной помощи, как выбрать врача, место лечения. Также описываются правила принятия терапевтических решений в рамках второй ситуации болезни – постановки диагноза/назначения лечения.

В параграфе представлен детальный анализ процесса принятия разных решений. На основе этого материала были выявлены основные факторы, характерные для ситуации дебюта болезни. Это «финансовая доступность», «боль и другие интенсивные симптомы болезни» и сложный фактор «культурное знание», в структуру которого на основе теоретических и логических принципов были включены пять относительно простых факторов: «отношение к медицинским институциям», «субъективная оценка болезни» (с точки зрения серьезности); «доверие к медицине как науке»; «знания, полученные от «другого» (социальное окружение, виртуальная сеть, врачи из социального окружения); «привычное поведение».

**Во втором параграфе второй главы «Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами в ситуации хроникализации болезни»** представлены правила принятия терапевтических решений, характерные для третьей ситуации – хроникализации болезни.

Результаты исследования позволяют выделить три типа решений при выборе медицинской системы: биомедицины и/или неконвенциональной медицины. Первый тип: моновыбор – биомедицина. Второй тип: моновыбор – неконвенциональная медицина. Третий тип: комбинированный выбор биомедицины и неконвенциональной медицины (разные формы сочетаний) на основе дивергентной рациональности.

Самой типичной схемой комбинирования оказалось использование практик неконвенциональной медицины как дополнительных мероприятий при биомедицинской терапии. Для дивергентов основным правилом принятия решения о выборе медицинской системы является субъективная оценка заболевания с точки зрения опасности и представления о способе лечения конкретного заболевания (конвенциональные и неконвенциональные способы лечения оцениваются с точки зрения соотношения их эффективности для решения проблемы и риска негативного влияния на организм).

Далее, в работе представлена модель выбора между самостоятельным лечением и обращением к специалисту за профессиональной медицинской помощью. В исследовании выкристаллизовываются три типа решений: (1) обращение исключительно к профессиональной медицинской помощи; (2) самостоятельное лечение (разные виды); (3) комбинирование самостоятельного лечения и обращения к врачу (разные варианты сочетания).

Также в параграфе описывается медицинский выбор, связанный с взаимодействием пациента с медицинскими учреждениями и с конкретными врачами.

Анализ объясняющих мотивов принятия различных решений в рамках третьей ситуации болезни позволил выделить основные факторы: 5 относительно простых факторов, включенных в сложный фактор «культурное знание», и фактор «финансовая доступность». Структура сложного фактора «культурное знание» на стадии хроникализации болезни незначительно отличается относительно стадии начала развития болезни: «доверие к медицине как науке»; «отношение к медицинским институциям», «общие представления о болезни» (о природе заболевания и его лечении); «знание себя»; «знания, полученные от другого». Учитывая накопленный личный опыт болезни и ее лечения, появляется важный для хронических больных фактор «знание себя».

**В третьем параграфе второй главы «Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений хроническими пациентами в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19» описаны**

результаты качественного исследования, проведенного в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. Новый вирус создал ситуацию неопределенности, мы наблюдали, как в режиме «здесь и сейчас» происходит формирование и научного, и повседневного знания о вирусе, его последствиях, взаимодействии с другими заболеваниями. Учитывая специфику изучаемого периода, в этом параграфе были решены следующие исследовательские задачи: описание культурного знания относительно COVID-19, в том числе, представлений информантов о взаимодействии вируса и их хронического заболевания; описание источников формирования культурных представлений о новом вирусе: экспликация связи личного опыта, опыта «значимых других», информации из формальных и неформальных источников; выявление факторов (объясняющих мотивов), в том числе, на основе «культурного знания», влияющих на принятие терапевтических решений, корректирующих модель лечения, сложившуюся до пандемии.

Были выделены следующие терапевтические решения, корректирующие допандемическую медицинскую модель: отложенная медицинская помощь, самостоятельное лечение, обращение в частную клинику, поиск врача из социального окружения, дистанционные консультации, а также дополнительная профилактика обострения хронического заболевания и меры защиты от заражения коронавирусом и тяжелого течения болезни. В качестве объективных причин «ревизии» допандемической модели были выделены следующие: проблема доступности медицинских услуг в период пандемии и особенности течения хронической болезни (отсутствие обострений). Остальные мотивы корректировки (или отказа от корректировки) сложившейся модели были связаны с культурными представлениями о своем хроническом заболевании, новом вирусе и последствиях их взаимодействия. Решение следовать модели лечения, сложившейся до пандемии, информанты также принимали на основе культурного знания – представлений о COVID-19, как обычном вирусе, не представляющем опасности для них; оценке своего

хронического заболевания, как тяжелого и требующего сохранения прежней схемы.

**Третья глава «Модели медицинского выбора терапевтических решений хроническими пациентами г.Самары»** состоит из двух параграфов, описывающих количественный этап исследования медицинского выбора хронических больных. **В первом параграфе «Количественный анализ структуры терапевтических решений хронических пациентов в разных клинических ситуациях»** рассматриваем, какие решения предпочитают пациенты на разных этапах развития болезни: какой стратегии чаще следуют – моновыбор или комбинированный; какой тип самолечения выбирают в случае отказа от профессиональной помощи; какую медицинскую систему и форму медицинской помощи предпочитают; каков уровень приверженности назначениям врача (уровень комплаентности).

Мы получили следующее распределение опрошенных относительно использования стратегии моновыбора или комбинированного выбора в ситуации «дебюта болезни», когда она только начинает себя «проявлять»: для 83,7% опрошенных характерен моновыбор, а 16,3% респондентов использовали различные комбинации решений. При этом, в группе опрошенных, совершивших один выбор (83,7%) – 76,8% обращаются только к конвенциональной медицине, а 6,7% выбирают только самостоятельное лечение. При комбинированном выборе самым популярным вариантом стало сочетание биомедицины и самолечения (14,5% из 16,3%). Обращение к специалистам неконвенциональной медицины представлено только в комбинированном выборе –либо в сочетании с биомедициной, либо с самолечением. Однако, такие комбинации находятся на уровне статистической погрешности и составляют всего 1,8%.

Анализ показал, что выбор самолечения в первой ситуации болезни различается в группах пациентов по возрасту и стажу болезни: доля респондентов, выбирающих самолечение, значительно ниже в группе старше 70 лет и среди тех хронических больных, которые принимали первые решения

более 10 лет назад. Можно предположить, что данная форма лечения стала более распространенной в последнее десятилетие. Это можно объяснить повышением доступности к различным источникам информации о болезнях и их лечении, в первую очередь, через интернет. Что касается респондентов старшего возраста, они чаще имеют стаж болезни более 10 лет и значительно реже используют интернет для поиска медицинской информации (25,6% против 43,3 в целом по выборке).

В рамках второй ситуации болезни для 79% респондентов характерен высокий уровень комплаентности – они согласились с диагнозом и начали следовать лечению. Ответы остальных респондентов указывают на частичный или полный нонкомплаенс (исключение составляют респонденты, которые изначально не обращались за профессиональной помощью): отказ от части лекарств; перепроверка диагноза; самолечение; поиск «своего врача»; обращение к неконвенциональной медицине. В параграфе представлены мотивы частичного и полного отказа от назначений врача, мотивы поиска альтернативных решений. На этом этапе болезни мы можем наблюдать рост обращений к специалистам неконвенциональной медицины по сравнению с первой ситуацией – от 2% до 6,7%, т.е. рост в 3,3 раза. Увеличение связано с тем, что именно в рамках второй ситуации болезни к группе пациентов, доверяющих альтернативным медицинским системам, присоединяются пациенты, которые действуют по принципу «все надо пробовать».

Анализ показывает, что на начальной стадии развития болезни (и в первой, и во второй ситуации) респонденты с более высоким уровнем образования чаще совершают комбинированный выбор (60% против 48%).

Структура выбора в ситуации хроникализации болезни (ее обострения) заметно меняется: доля пациентов, обращающихся за профессиональной помощью, снижается, а доля пациентов, предпочитающих самостоятельное лечение увеличивается. Обращение к специалистам неконвенциональной медицины в ситуации хроникализации оказалось на уровне статистической погрешности. Однако пациенты используют альтернативную медицину при

самостоятельном лечении – как правило, это народные средства, но встречаются и гомеопатические, аюрведические препараты и другие практики.

**Во втором параграфе «Социокультурные факторы принятия терапевтических решений хроническими пациентами в разных клинических ситуациях: количественный анализ»** представлен анализ факторов в ситуации «дебюта болезни» и ее хроникализации.

Безусловно, пациентский выбор терапевтических решений – это сложный многофакторный процесс, не сводимый только к влиянию медицинского культурного знания. Однако различные повседневные культурные представления, связанные с болезнью и медициной, практически всегда являются одним из оснований принятия решения пациентом.

Распределение факторов, составляющих медицинское культурное знание, значительно отличается в двух самых распространенных на начальной стадии развития болезни моделях лечения: в группе пациентов, выбирающих профессиональную помощь конвенционального врача, и в группе пациентов, комбинирующих профессиональную помощь и самостоятельное лечение (Таблица 1).

Таблица 1 – Конфигурация факторов медицинского выбора, составляющих «культурное знание», в группах с разными терапевтическими решениями (без учета степени влияния) в ситуации «дебюта болезни»

	Только официальная медицина (в % от N=379)	Официальная медицина +самостоятельное лечение (в % от N=74)
Доверие к медицине как науке	76%	73%
Знания, полученные от «другого»	39%	74%
Субъективная оценка состояния с точки зрения серьезности	65%	85%
Отношение к медицинским учреждениям	65%	96%
Привычное поведение	46%	55%

В группе пациентов с комбинированным поведением в ситуации «дебюта болезни» существенно выше влияние фактора «отношение к медицинским учреждениям» по сравнению с группой моновыбора (только официальная медицина) – в 1,5 раза (96% против 65%). При этом акцент в первой группе делается прежде всего на недоверии к медицинским учреждениям – на это

указывает количественная представленность суждений, выражающих отрицательный характер отношения к медицинским институтам, в этой группе пациентов.

Ожидаемо, что для хронических больных, осуществляющих самостоятельное лечение (в таблице эта форма лечения представлена только в сочетании с обращением к конвенциональной медицине), простой фактор «знания, полученные от другого» в два раза чаще становится актуальным в процессе принятия терапевтических решений в ситуации дебюта болезни (74% против 39%).

В рамках третьей ситуации болезни, когда пациент уже находится в роли хронического больного, конфигурация факторов, составляющих культурное знание, рассматривается уже в трех самых распространенных моделях лечения (Таблица 2) – только официальная медицина (57%), только самостоятельное лечение (23%) и комбинированный выбор наблюдения у конвенционального врача и самолечения (15,8%).

Таблица 2 – Конфигурация факторов медицинского выбора, составляющих «культурное знание», в группах с разными терапевтическими решениями (без учета степени влияния) в ситуации хроникализации болезни

Факторы	Только официальная медицина (% от 292)	Только самостоятельное лечение (% от 119)	Официальная медицина и самолечение (% от 81)
Отношение к мед. институтам	80	58	83
Знание себя	56	88	83
Доверие к медицине как науке	82	49	59
Представления о болезни	46	43	52
Знания, полученные от «другого»	26	45	40

Для хронических пациентов, выбирающих только самолечение, самую сильную позицию имеет фактор «знание себя» (на основе личного опыта болезни). Эта категория респондентов больше других ориентируется на знания, подтвержденные личным опытом. Расчет индекса влияния выбранных респондентами суждений также подтверждает, что отказ от наблюдения у врача

продиктован в первую очередь уверенностью в своих возможностях правильно оценить состояние и выбрать терапию (в большинстве случаев на основе прежних назначений с самостоятельной корректировкой лечения или без корректировки). Также фактор «знания, полученные от «другого» для модели «только самолечение» имеет более высокую позицию (45% против 33% в целом по выборке).

Для категории хронических пациентов, выбирающих наблюдение у конвенционального врача, как единственный способ контроля болезни, можно наблюдать обратную ситуацию – заметно снижается значимость факторов «знание себя» (на основе личного опыта) и «знания, полученные от «другого», усиливается влияние факторов «доверие к медицине как науке» и «отношение к медицинским институциям». Для данной самой многочисленной категории пациентов характерна уверенность в эффективности конвенциональной медицины и в необходимости наблюдения у врача. В случае комбинированного выбора все рассматриваемые факторы выравниваются и оцениваются этой категорией пациентов как актуальные.

В **Заключении** диссертации излагаются итоги данного исследования и перспективы дальнейшей разработки темы.

Данная работа демонстрирует перспективность сочетания когнитивной медицинской антропологии и феноменологического подхода в качестве методологической оптики для изучения социокультурных факторов пациентского выбора. Такое сочетание позволило более основательно фундировать основные понятия необходимые для исследования социокультурных оснований медицинского выбора – дескриптивная, интерпретативная рациональность или «интерпретативное правдоподобие»; «культурное знание»; «дивергентная рациональность». Использование на эмпирическом уровне стратегии последовательного сочетания качественной и количественной методологии исследования позволило на первом этапе составить подробную классификацию терапевтических решений и социокультурных факторов, их обуславливающих, для трех основных ситуаций

болезни («дебют болезни»; постановка диагноза/назначение лечения; хроникализация болезни), а на втором этапе измерить количественную представленность решений и факторов.

В результате исследования были получены основные модели медицинского выбора пациентов, сложившиеся в социокультурном пространстве крупного российского города (на примере г.Самары). Исследование подтверждает важность фактора «культурное знание» в процессе принятия терапевтических решений.

Цель и задачи исследования реализованы, основная гипотеза исследования подтвердилась. Однако стремление выявить социокультурные факторы медицинского выбора, совершаемого хроническими пациентами с разными заболеваниями, в определенной степени ограничивало познавательный потенциал когнитивной медицинской антропологии. Перспективными направлениями для дальнейших изысканий является более скрупулезный анализ нарративной структуры обыденных медицинских знаний пациентов с конкретными заболеваниями. Использование оптики когнитивной медицинской антропологии в российском эмпирическом поле было бы полезным для изучения социокультурных особенностей медицинского выбора в сельской местности, в республиках, где сильны национальные традиции (в том числе, связанные с народной медициной).

**Положения и выводы диссертации нашли отражение в ряде публикаций за 2015-2021 гг. (7,0 п.л.).**

Публикации в рецензируемых научных журналах:

1. Финкельштейн И.Е. Концептуализация феномена выбора в феноменологической социологии А. Шюца // Вестник Самарского государственного университета. 2015. №11(133). С.272-278. (0,5 п.л.)
2. Финкельштейн И.Е. Терапевтические решения хронических больных: попытка эмпирического анализа // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017. №4 (21). С. 424-427. (0,4 п.л.)

3. Финкельштейн И.Е. Модель принятия терапевтических решений в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Том 11. Выпуск 1. С. 79-93. (1 п.л.)

4. Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // Социологический журнал. 2019. Том 25. № 2. С. 25–41. (1,5 п.л.)

5. Финкельштейн И.Е. Правила принятия терапевтических решений хроническими больными // Laboratorium: журнал социальных исследований. 2021. Т. 13. № 2. С. 267-291. (1,8 п.л.)

Другие публикации:

6. Финкельштейн И.Е. Подходы к определению и исследованию риска в социологии выбора // Экономика и социология. 2015. №2(26). С.7-12. (0,4 п.л.)

7. Финкельштейн И.Е. Антропология медицинского выбора в фокусе автоэтнографии // V Всероссийский социологический конгресс «Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость», 19-21 октября 2016 г. Екатеринбург . С. 5370-5381. (0,8 п.л.)

8. Финкельштейн И.Е. Медикализация детства // Детство XXI века: социогуманитарный тезаурус. Тематический словарь-справочник [Электронный ресурс] / Отв. ред. С.Н. Майорова-Щеглова. М.: Изд-во РОС, 2018. С. 210-213. (0,3 п.л.)

9. Финкельштейн И.Е. Модели медицинского выбора пациентов с хроническими заболеваниями (на примере крупного российского города) // «Здоровье как ресурс: V. 2.0»: сб. материалов международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: V. 2.0» (26–27 сентября 2019 г., г. Нижний Новгород, ННГУ им. Н.И. Лобачевского / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 332-336. (0,3 п.л.)