

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет
им. Н.И.Лобачевского

На правах рукописи

Финкельштейн Ирина Евгеньевна

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

5.4.6 – Социология культуры

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор философских наук, доцент
Лехциер Виталий Леонидович

Нижегород 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ВЫБОРА В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ | 20 |
| 1.1 Развитие концепта пациентского медицинского выбора в западной и отечественной науке..... | 20 |
| 1.1.1 Модель принятия терапевтических решений пациентами и концепт культурного знания в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро..... | 20 |
| 1.1.2 Исследование медицинского выбора пациентов в социологии медицины и медицинской антропологии в России..... | 37 |
| 1.2 Концептуализация выбора в феноменологической социологии Альфреда Шюца..... | 43 |
| ГЛАВА 2 СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВАНИЯ ПАЦИЕНТСКОГО ВЫБОРА В СИТУАЦИИ ПРИНЯТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ (НА ПРИМЕРЕ Г.САМАРЫ)..... | 55 |
| 2.1 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами на начальном этапе развития хронической болезни..... | 55 |
| 2.2 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами в ситуации хроникализации болезни..... | 71 |
| 2.3 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений хроническими пациентами в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19..... | 90 |
| ГЛАВА 3 МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОГО ВЫБОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ Г.САМАРЫ..... | 101 |
| 3.1 Количественный анализ структуры терапевтических решений хроническими пациентами в разных клинических ситуациях..... | 101 |
| 3.2 Социокультурные факторы принятия терапевтических решений | |

| | |
|--|-----|
| хроническими пациентами в разных клинических ситуациях: | |
| количественный анализ | 117 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 131 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 137 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Гайд интервью с хроническим пациентом | 159 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Гайд интервью с хроническим пациентом в период пандемии | 162 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Классификация болезней на основе МКБ-10..... | 163 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Бланк полужформализованного интервью с хроническим пациентом | 164 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Результаты статистического анализа | 175 |

ВВЕДЕНИЕ

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 заболеванием¹. 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»² 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 попадает в широкий исследовательский контекст «медицина и культура»³ и закономерно становится объектом социологии культуры.

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

²Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. 2006.С. 162.

³Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, западной Германии и Франции. 2012

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 (биомедицины¹ и/или неконвенциональной² 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.

При этом, несмотря на важность данной темы, мы мало что знаем о социокультурном контексте принятия пациентских терапевтических решений. В данной работе именно терапевтические решения пациента и роль его

1 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.

2 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).

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)¹, а также такое исследовательское направление как нарративная медицина (Ч. Маттингли, Р. Шэрон)², 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. Гирца³. Феномен медицинского выбора пациента сегодня тематизируется и описывается и в рамках исследований этической сущности клинического опыта (А.Мол)⁴.

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

¹Kleinman 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.

²Mattingly 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.

³ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004; Гирц К. Интерпретация культур. 2004.

⁴Мол А. Множественное тело.2015.

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)¹.

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. Лейбенштейна, 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 воспринимаемости»².

Сторонники теории рационального выбора (ТРВ) предлагают концепт рациональности, синтезирующий экономический и социологический подход (Д. Коулман, Ю. Эльстер)³. Параллельно в социологии в рамках прагматического подхода развиваются теории, обосновывающие механизмы формирования

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

²Вебер М. Основные социологические понятия. 1990; Парсонс Т. О структуре социального действия. 2000; Саймон Г., Рациональность как процесс и продукт мышления 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; Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. 2005; Канеман Д. Карты ограниченной рациональности: психология для поведенческой экономики. 2006.

³Коулман Д. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора. 2004; Эльстер Ю. Объяснение социального поведения: еще раз об основах социальных наук. 2011.

действий человека в повседневной жизни (П. Бурдье, Э. Гидденса, И. Гофмана)¹. Для данной работы особое значение имеет феноменологическая социология А. Шюца с его концепцией рациональности повседневной жизни на основе «запаса наличного знания»².

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)³; мотивационные модели в социальной психологии (Дж. Киршт, И. Розеншток)⁴; изучение поведения человека в ситуации болезни в социологии (Д. Механик, Э. Фолькарт)⁵; 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)⁶.

Ряд российских исследователей анализируют конкретные аспекты медицинского выбора пациентов. Можно упомянуть исследования о принятии решения о вакцинации (А.А. Ожиганова, Н.А. Антонова, К.Ю. Ерицян, В.К. Солондаев, Е.В. Конева)⁷; выбор, связанный с ситуацией беременности и родов (А.А. Темкина, Е.А. Здравомыслова, А.А. Новкунская, Е.А. Бороздина)⁸.

¹Бурдье П. Практический смысл. 2001; Гидденс Э. Устроение общества: Очерк теории структуризации. 2005; Гофман И. Анализ фреймов: Эссе об организации повседневного опыта. 2004.

²Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С.78.

³Young 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.

⁴Kirscht J. The Health Belief Model and Illness Behavior.1974; The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change /Irwin M. Rosenstock. 1994.

⁵Mechanik D. Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. 1966; Mechanik D. The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. 1986; Mechanic D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role.1961.

⁶Natalier 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.

⁷Ожиганова 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.

⁸Здравомыслова 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

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)¹.

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)². 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)³. 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. Белявского⁴.

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)⁵.

родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения. 2014; Бороздина Е.А. Логика оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях. 2017.

¹Здравомыслова 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.

²Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни. 1993; Аронсон П.Я. Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни. 2007.

³Шилова Л. Практики самолечения российского населения. 2014.

⁴Социальные 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.

⁵Курленкова 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.

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)¹.

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)².

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)³.

Анализ литературы показывает важность осмысления социокультурных контекстов медицинского выбора, совершаемого пациентами. Работы, посвященные теме медицинского выбора пациента, подчеркивают 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 выбора⁴ в ситуации хронической болезни.

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.

¹Бредникова О. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов. 2009; Шишкин С.В., Бурдяка 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.

²Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). 2002;Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения. 2007.

³Солодухина 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.

⁴В работе в качестве контекстуальных синонимов также используются понятия терапевтические решения, медицинский выбор, пациентский выбор.

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.
5. Определить представленность терапевтических решений хронических пациентов на разных стадиях развития болезни в условиях крупного российского города.
6. Выделить модели медицинского выбора¹ 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,

¹ Модель медицинского выбора включает репертуар решений и факторы их выбора.

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 интерсубъективного 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 Самарского национального исследовательского университета им. С.П. Королева¹ 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).

¹Исследование «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.

1.2. Количественный этап исследования: полуструктурированное интервью, выборка составила 510 человек (метод двухступенчатой выборки: первая ступень – стратифицированный отбор по критерию «класс заболевания»¹, 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 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.

¹Из-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.

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 медикализированности¹ 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 глубинных интервью и фокус-группы в рамках качественного исследования²; 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

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

²Мы 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.

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 медикализованная форма (для третьей ситуации болезни самый распространенный вариант самолечения – на основе прежних назначений с самостоятельной корректировкой лечения или без корректировки). Однако, немедикализованная 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 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).

Глава 1 Теоретико-методологические основания социальных исследований пациентского медицинского выбора в контексте культуры

1.1 Развитие концепта пациентского медицинского выбора в западной и отечественной науке

1.1.1 Модель принятия терапевтических решений пациентов и концепт культурного знания в когнитивной медицинской антропологии Линды Гарро

Первой социологической моделью, призванной описать социальные действия человека в ситуации болезни, считается концепция Толкотта Парсонса. Пациент, представленный в его работах, обращается к врачу, владеющему экспертным знанием, для восстановления своей социальной роли, полностью попадая под контроль института медицины. В парсоновской модели пациент не наделен возможностью выбора, он выполняет исключительно пассивную роль объекта медицинских манипуляций¹.

В 70-е годы XX века целая группа авторов осуществляет критический анализ тотальной власти института медицины над человеком. Такой подход встречается в работах Мишеля Фуко, Ирвина Зола, Питера Конрада, Ивана Иллича².

В эти же годы в рамках социально-гуманитарного знания парадигма доктороцентризма меняется на пациентоцентрическую, происходит «возвращение к пациенту», начинаются исследования пациентского опыта³. И в такой атмосфере происходит актуализация проблемы поведения человека по отношению к своему здоровью. Помимо этого в медицинской антропологии активно развивается идея медицинского плюрализма – сосуществование различных медицинских систем и практик⁴, наличие такого условия институциональной среды формирует широкий

¹ Парсонс Т. Пересматривая роли больного и врача. 2016.

² Фуко М. Рождение клиники. 1998; Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior //Social Problems. 1975. Vol. 23. №. 1.; Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. №4.

³ Михель Д. В. Философия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. 2016. № 2.

⁴ Hahn R., Kleinman A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. 1983; Chrisman, N.J., Kleinman A. Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology.

горизонт выбора пациента. Так появляются и попытки теоретического осмысления пациентского выбора, и эмпирические исследования поведения человека по отношению к здоровью.

Тема поведения человека в сфере медицины задает достаточно широкие рамки, включает многообразие исследовательских направлений и тем. Поэтому данная проблематика практически одновременно начинает развиваться в различных дисциплинах – в социальной психологии, в медицинской антропологии, в социологии медицины, в социологии культуры, в экономической социологии. Так появляются исследовательские направления: мотивационные модели в социальной психологии¹; «Медицинский выбор» (Medical Choice или Medical Decision Making) – изучение роли культурного знания в принятии терапевтических решений пациентами²; исследования на основе потребительских концепций (например, модели ожидаемой полезности, теории рационального выбора); изучение поведения человека в ситуации болезни в социологии (Study of Illness Behaviour)³.

Study of Illness Behaviour объединяет самые разные исследования, направленные на изучение поведения пациентов и их реакций – это и приверженность лечению, и доверие, и восприятие боли и многое другое. Как правило, целью таких исследований становится выявление статистических закономерностей, фиксируются различия в поведении больного, в реакциях, в отношении к определенным аспектам болезни в разных группах пациентов по возрасту, полу, этнической или классовой принадлежности, типу заболевания. Дэвид Механик выделяет как минимум три модели объяснения поведения: 1. социально и культурно обусловленное поведение; 2. выученное поведение; 3. выполнение роли больного («sick role»), включая мотивацию получения

1983; Lock M., Nguyen V.-K. An Anthropology of Biomedicine. 2010; Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем // Социология власти. 2016. №1.

¹ The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. 1994; Kirscht J. The Health Belief Model and Illness Behavior. 1974.

² Garro L. The Ethnography of Health Care Decisions. 1982; Young J.C., Garro L. Medical Choice in a Mexican Village. 1994.

³ 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.

внимания, сочувствия, материальной выгоды¹. В качестве иллюстрации влияния социального класса и культурных убеждений Механик и Волкарт приводят пример, когда два человека с одинаковыми симптомами по-разному воспринимают ситуацию болезни и, соответственно, предпринимают разные действия².

Следующее направление рассматривает поведение пациента через призму концепций потребления. Посредством такой оптики человек выполняет не только роль пациента, но и роль «рефлексирующего потребителя»³. В качестве факторов принятия пациентами решений выделяют стоимость, эффективность, предпочтения, оценку рисков, ожидаемую полезность. Таким образом, человек в ситуации болезни использует определенные инструменты анализа ситуации – это минимизация затрат, соотношение затрат и выгод, затрат и рисков⁴.

В рамках социальной психологии появляются несколько мотивационных моделей, призванных объяснить и прогнозировать социальное поведение в области здоровья. Модель убеждений Розенсток⁵ считается одной из наиболее удачных. Подход Розенсток строился на основных положениях когнитивной теории, теории ожидаемой ценности, которые получили новое звучание в контексте выявления психосоциальных компонент медицинского поведения, связанного с заботой о здоровье, профилактикой заболеваний или их лечением. Согласно этой модели поведение пациента определяется в первую очередь наличием ценности здоровья – выздоровления или предупреждения развития заболевания, и оценкой ожидаемой полезности конкретных действий, доступных пациенту, т.е. субъективной оценкой пациента альтернативных решений относительно своего здоровья с точки зрения результата. Представители данного подхода подчеркивают важность изучения сформированных убеждений относительно здоровья, поскольку на их основе формируется ценность того или

¹ Mechanik D. Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. 1966.

² Mechanik D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. 1961.

³ Темкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. 2017.

⁴ 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.

⁵ The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. 1994

иною решения. Именно убеждения «представляются полезными для понимания того, как принимаются решения, связанные со здоровьем»¹.

Исследовательское направление «Медицинский выбор» («Medical Choice») также развивается во второй половине XX века. Его становление связано прежде всего с именами американских медицинских антропологов – Линды Гарро, Джеймса Янга, Артура Клейнмана². Методология исследования медицинского выбора строится на положениях когнитивной антропологии. Представители данного направления ищут ответ на вопрос, как принимаются решения, какие когнитивные процедуры совершает субъект действия, прежде чем выбрать оптимальный с его точки зрения вариант поведения. В фокусе внимания индивидуальный медицинский выбор, который пациент делает на основе культурных знаний, личного опыта и имеющихся материальных ресурсов³. Исследование практик медицинского выбора, совершаемого пациентами на основе «медицинской культуры» (совокупности медицинских знаний, убеждений, верований), носителями которой они является, ставит данное направление в широкий исследовательский контекст «медицина и культура».

Исследования представителей данного направления посвящены правилам принятия терапевтических решений пациентами в ситуации болезни, нарративной структуре обыденных знаний о болезни и способах ее лечения, практикам заботы о здоровье в семьях с различным культурным и социально-экономическим статусом и т. д.⁴ Первый масштабный исследовательский проект Гарро в этом направлении был представлен в 1981 г. в книге «Медицинский выбор в мексиканской деревне» («Medical Choice in a Mexican Village»), которую она написала в соавторстве с Дж. Янгом⁵ (в 1994 г. Гарро переиздала эту работу с

¹ The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. 1994.

² Garro L. Cognitive Medical Anthropology. 2004; Лехциер В. Л. Линда Гарро и ее медико-антропологические исследования: основные работы, проблемы, идеи. 2015.

³ Garro L. The Ethnography of Health Care Decisions. 1982.

⁴ Young J.C., Garro L. Medical Choice in a Mexican Village. 1994; Garro L. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998; Garro L. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ) // Social Science & Medicine. 1994; Garro L. Narrative as construct and construction // Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing. 2000.

⁵ Young J.C., Garro L. Medical Choice in a Mexican Village. 1994.

существенными дополнениями). Книга стала важным вкладом в развитие нового научного направления, но и сегодня представляет ценность для социального исследователя, работающего в этом предметном поле. В исследовании Гарро обосновывается использование когнитивного подхода в качестве методологической рамки для изучения процесса принятия больными людьми терапевтических решений и реализовано построение модели медицинского выбора на основе собранного Гарро и ее командой масштабного эмпирического материала. И в более поздних публикациях Гарро сохраняет свою приверженность когнитивному подходу, неоднократно демонстрируя «жизнеспособность» данной теоретической рамки в ходе анализа конкретного эмпирического материала. Рассмотрим подробнее основные методологические принципы и понятия этого подхода, на которых будет строиться исследование социокультурных особенностей и практик медицинского выбора хронических больных в условиях крупного российского города.

Надо отметить, что положения когнитивной антропологии формируются в атмосфере критики абстрактных классических подходов и поиска концепции новой рациональности: с одной стороны, человек, принимающий решение, не лишен способности оценивать условия ситуации, взвешивать риски и возможности, с другой стороны, эти способности ограничены¹. Таким образом, во второй половине XX в. начинается поиск границ рациональности. Для когнитивной антропологии эти границы задает культура, точнее, культурные модели, которые существуют в сознании человека как конструкты и задают определенное «пространство восприимчивости» («accessibility demention» в терминологии Д. Канемана), в пределах которого субъект может мыслить рационально².

¹ Саймон Г. Рациональность как процесс и продукт мышления. 1993; Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. 2005; Tversky A., Kahneman D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice Science. 1981.

² Канеман Д. Карты ограниченной рациональности: психология для поведенческой экономики // Психологический журнал. 2006. №2; Пястелов С.М. Что означает «пространство восприимчивости»: к определению термина // Экономический Вестник Ростовского государственного университета. 2006. Т.4. №2. С. 18.

Человек, совершая выбор, оценивает текущую ситуацию и отбирает оптимальное для себя решение из существующих альтернатив в соответствии с «культурным знанием», «разделяемыми и интернализированными культурными моделями»¹. Другими словами, реальная ситуация соотносится с ситуациями-моделями, каждой из которых соответствует оптимальное решение. Однако то, как обстоятельства и события повседневной жизни будут интерпретированы субъектом действия, зависит от усвоенных им культурных схем. Такой тип рациональности является дескриптивным, в когнитивной антропологии также вводится понятие интерпретативного правдоподобия (*interpretive plausibilities*). В соответствии с этим концептом актер из всех известных ему альтернатив выбирает ту, которая интерпретируется им как оптимальная, при этом оптимальность не является абсолютной, она лишь оценивается человеком, принимающим решение, как «правдоподобная», максимально удовлетворяющая ожиданиям². Терминология может отличаться. Например, А. Клейнман, также изучающий пациентский выбор способов лечения, логику обоснования решений называл «пациентским прагматизмом»³. Надо отметить, что многие аспекты когнитивной антропологии, в рамках которой работает Л. Гарро, перекликаются с концептом повседневной рациональности А. Шюца, которую мы рассмотрим в следующем параграфе.

Клейнман указывает на необходимость пристального исследовательского внимания к болезни как культурному конструкту, поскольку пациентская картина болезни, сотканная из обыденных представлений, индивидуального опыта и переживаний, часто определяет решения пациента⁴. Клейнман вводит понятие «культурная система» для анализа механизмов формирования поведения пациентов относительно своего лечения. Она включает в себя представления, выборы и решения, роли, отношения, взаимодействия, институты. Культурная

¹ Garro L. *Cognitive Medical Anthropology*. 2004. С.12

² Garro L. *On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities*. 1998; *Medical anthropology: a handbook of theory and method* /T. M. Johnson, C. Fishel. 1990.

³ Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. 1980.

⁴ Kleinman A., Eisenberg L., Good B. *Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research*. 2006.

система объединяет три сектора – профессиональный сектор (представлен специалистами господствующей медицины), народный сектор (представлен специалистами альтернативной медицины), популярный (бытовой) сектор (семейный контекст недомогания)¹. Для того, чтобы очертить границу между научной объективистской картиной, связанной с конкретным диагнозом, но отвлеченной от конкретного больного, и представлениями о болезни в сознании пациента, Клейнман вводит две дефиниции – *disease* (диагноз на языке профессиональной медицины) и *illness* (болезнь на языке пациента).

Итак, когнитивный подход в исследованиях медицинского выбора пациентов обосновывает интерпретативный тип рациональности. Другими словами, человек в ситуации болезни, не обладая экспертным знанием в области медицины, оценивает свое состояние и принимает решения, опираясь на некий конструкт, представляющий структуру его знаний о болезнях, способах их лечения, включая причинно-следственные связи, объясняющие природу заболеваний и симптомов. Поэтому представители когнитивной медицинской антропологии особое внимание уделяют концепту «культурного знания»². Однако в своих работах Гарро отмечает, что несмотря на доминирующую позицию типичных для конкретных сообществ культурных моделей, формирование знания происходит и под влиянием других источников, отмечается и индуктивная, и конвенциональная природа знания³. Гарро и Янг в книге «Медицинский выбор в мексиканской деревне» поясняют: «Когда люди размышляют над альтернативными действиями для решения конкретной проблемы, они естественно сопоставляют ее с подобной ситуацией в прошлом. Мы можем предположить, что в ситуации болезни люди будут делать тоже самое»⁴. Особенно ясно взаимодействие культурного знания и личного опыта выкристаллизовывается в случае наблюдения за изменением

¹ Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем // Социология власти. 2016.

² Garro L. *Cognitive Medical Anthropology*. 2004; Лехциер В. Л. *Болезнь: опыт, нарратив, надежда*. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018.

³ Garro L. *On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities*; Garro L. *Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness*. 2000.

⁴ Young J.C., Garro L.C. *Medical Choice in a Mexican Village*. 1994. P. 80.

восприятия болезни человеком в процессе ее развития, например, в результате опыта неудачного лечения¹. Проблема соотношения культурного и индивидуального знания в процессе принятия решения часто становилась предметом критики когнитивной медицинской антропологии.

Несмотря на то, что когнитивный подход подчеркивает доминирующее влияние культурного контекста при формировании индивидуального рационального решения, тем не менее, культурное знание как конструкт не является статичным, оно активно включает в себя новую информацию и модифицируется по мере поступления нового опыта. Опыт способствует либо подтверждению определенной модели объяснения и поведения, либо вызывает в ней определенные сомнения, что в свою очередь может приводить к изменениям в структуре знаний, к формированию новых когнитивных моделей. Важно, что личный опыт придает конструкту «культурное знание» динамичность. Однако, интерпретация опыта также происходит в рамках доступных когнитивных схем. Виталий Лехциер², анализируя работы представителей когнитивной антропологии, подчеркивает, что «личный опыт и интериоризированные культурные представления постоянно корректируют друг друга». Вот как об этом пишет Лурманн: «Схемы служат ориентирами для действий, но эти ориентиры могут модифицироваться по мере получения нового опыта. Концепции и опыт, знание и действие являются полностью взаимозависимыми»³.

Еще одним принципиальным вопросом в контексте обсуждения роли культурного знания является следующий: основанием для решения пациента о лечении может стать только интериоризованное культурное знание, ставшее убеждением, «естественной установкой» или все-таки к действию может мотивировать представленная в культуре модель, но не имеющая достаточно высокой оценки с точки зрения правдоподобности? Линда Гарро в своих работах склоняется ко второй позиции, ссылаясь на Лурманн. Справедливо отмечая, что в

¹ Garro L. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998.

² Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С.63.

³ Luhmann T. M. Persuasions of the Witch's Craft: Ritual Magic in Contemporary England. 1989. P.353.

противном случае когнитивные схемы не имели бы способности к модификации, не отвечали бы требованиям гибкости, необходимой в нестандартных ситуациях: «... культурно доступные модели могут служить источниками или инструментами, которые направляют поведение, но при этом не требуют предварительного или сопутствующего изменения на уровне убеждения»¹. И соответственно удачный опыт такого применения может привести к изменению когнитивной схемы на индивидуальном уровне, а неудачный опыт, наоборот, к отказу от этой модели, как имеющей низкий уровень правдоподобности.

Эти аспекты особенно важны для исследования выбора хронических пациентов. Жизнь хроника – это стремление к ремиссии, к облегчению, а значит, к поиску оптимального решения. Если сложившаяся схема становится менее эффективной, или заболевание усугубляется, то это может стать катализатором к поиску новых знаний, новых решений.

Итак, представители когнитивной медицинской антропологии подчеркивают, что культурное знание не противопоставляется личному опыту, эмоциям, ситуативной информации, а скорее является когнитивным инструментом для их обработки и интерпретации. В параграфе 1.2 будет представлено обоснование концепта «культурное знание» («запас наличного знания» в терминологии А. Шюца) в рамках интерпретативного подхода.

В качестве примера реализации когнитивного подхода при изучении медицинского выбора рассмотрим исследование Гарро и Янга, проведенное в мексиканской деревне Пичатаро (Pichataro), о котором упоминалось выше. Авторы подчеркивают важность изучения и описания повседневных (медицинских) знаний пациентов, нарративного обоснования пациентом своего решения, такой подход позволяет установить связь между культурными знаниями пациентов, личным опытом и конкретным выбором².

Полевое исследование в мексиканской деревне Пичатаро длилось больше года, за этот период была накоплена большая эмпирическая база, на основе

¹ См. Garro, L. On the Rationality of Decision-Making Studies... P.348.

² Garro L. Cognitive Medical Anthropology. 2004. P.16

которой была разработана модель (правила) принятия терапевтических решений в ситуации острой болезни. Чтобы выделить эти правила-стандарты, Гарро поставила несколько исследовательских вопросов: Какие альтернативные решения члены исследуемого сообщества рассматривают в разных ситуациях выбора? Какие критерии используются для отбора альтернатив (какая информация значима)? Каковы принципы принятия решения или какие комбинации критериев приводят к выбору направления действия?¹

Исследование проходило в два этапа. Полученные данные можно разделить на три категории: для построения модели медицинского выбора; для тестирования модели; для описания структуры «культурных знаний» о болезни и лечении.

В общей сложности на разных этапах в исследовании приняли участие почти 100 членов домохозяйств². Были использованы различные методы: пролонгированное свободное интервью (на первом этапе — свободное, на втором — с использованием бланка с открытыми вопросами для выявления структуры знания о болезни³), наблюдение, дневниковые записи. Для определения оптимального решения в конкретной ситуации была включена техника парного сравнения. Выявление наиболее релевантных факторов выбора происходило посредством корреляционного анализа. Для того чтобы изучить процесс принятия решения в динамике, исследователи обращались к информантам несколько раз в процессе лечения. Это позволило проследить, как менялась оценка болезни и, соответственно, терапевтические решения⁴.

В качестве примера рассмотрим алгоритм выбора способа лечения на первом этапе болезни, когда она только начинает развиваться при появлении первых симптомов (decision table for initial choice of treatment).

Итак, модель принятия решения на начальной стадии развития болезни включает следующие аспекты:

¹ Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994. P. 9.

² Всего на момент исследования в деревне насчитывалось 500 домохозяйств.

³ Young J.C., Garro L. Medical Choice in a Mexican Village... P. 84-85.

⁴ Там же. P. 10-12, 84-85.

- 1) условия или критерии оценки ситуации, по которым происходит категоризация болезни;
- 2) альтернативы выбора, в данном случае варианты выбора способа лечения или субъекта назначения терапии;
- 3) «правила выбора, под которыми подразумеваются определенные комбинации условий, приводящие к конкретному действию»¹.

Модель медицинского выбора включает как когнитивную, так и онтологическую составляющую. Когнитивная составляющая — это некие правила, фреймы принятия решения, выбор направления лечения. Это поиск ответа на вопрос «как»: как происходит оценка ситуации, каковы основания принятия решения? Онтологическая составляющая, которая отвечает на вопрос «что», выражена в самой ситуации болезни и в условиях, которые ее составляют.

Условия (conditions), комбинация которых и определяет траекторию выбора, являются важнейшей составляющей модели. В результате эмпирического анализа Гарро выделила четыре самых значимых условия для принятия терапевтического решения в мексиканской деревне:

- 1) оценка серьезности болезни. Субъективное восприятие болезни соответствует трем уровням опасности: 1-й уровень — несерьезные болезни; 2-й уровень — средняя оценка с точки зрения опасности; 3-й уровень — заболевания, которые оцениваются пациентами как опасные, серьезные;
- 2) знание схемы лечения (выражается через наличие или отсутствие знаний о том, как лечиться самостоятельно);
- 3) доверие в данной модели выражается в двух модальностях: предпочтение западной медицинской традиции (биомедицины) или целительства (народная медицина, традиционная для культур Центральной Америки);
- 4) доступность (подразумевается финансовая и географическая доступность). Однако, это условие становится значимым только в ситуациях, которые пациентом оцениваются как крайне серьезные (3 уровень) и требующие медикаментозного лечения.

¹ Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994. P. 141.

Итак, в модели представлено четыре критерия (условия) выбора и четыре возможных альтернативы (самостоятельное лечение; обращение к целителям; наблюдение у местных «практикующих специалистов», использующих западные традиции лечения без высшего медицинского образования; обращение к терапевту). Различные комбинации условий определяют девять правил, по которым происходит выбор варианта лечения. «На начальном этапе лечения¹ модель определяет две комбинации условий, приводящих к выбору самостоятельного лечения, три направления, ведущих к выбору традиционных целителей, три — к выбору местных “практикующих специалистов” (practicante), одна — к выбору терапевта»².

«Первое» и «четвертое» правило определяют самолечение как возможный сценарий действия пациента. При этом релевантными в данном случае являются — оценка степени тяжести заболевания, которая может соответствовать 1-му и 2-му уровням серьезности, и, главное, знание способа лечения. Остальные критерии в рамках данного направления действий не значимы. Другими словами, моделью устанавливается правило, что при оценке пациентом своего состояния как «несерьезного» или «средней степени серьезности» и уверенности в том, что он знает, как лечить болезни данного класса, субъект принятия решения из четырех возможных альтернатив выберет самостоятельное лечение.

Другая альтернатива относится к народной медицине, которую представляют различного вида знахари, целители. Решающим фактором выбора в данном случае является доверие к традиционной системе медицины, основанное на «культурных знаниях», которые складывались в результате многовековой истории ее доминирования. Это объясняется и объективными детерминантами — в деревне не было докторов и «западных» лекарств, многие не могли по разным причинам (языковым, географическим, финансовым) попасть к специалисту с медицинским образованием³.

¹Здесь имеется в виду острая болезнь.

² Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994. P. 142

³ Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994. P. 104-108.

Согласно модели медицинского выбора, к представителям народной медицины местные жители обращаются в соответствии с тремя правилами:

— «второе правило» — несерьезное заболевание при отсутствии достаточного знания для осуществления самолечения и убежденность в эффективности народной медицины;

— «пятое правило» — заболевания среднего уровня опасности при отсутствии знаний о лечении и убежденность в эффективности народной медицины;

— «седьмое правило» — заболевание оценивается как серьезное, однако, есть убежденность, что с этой проблемой может справиться только целитель или «шаман».

Осталось еще две альтернативы, которые объединяет западная традиция лечения — местные практикующие специалисты и дипломированные врачи, работающие в городе (ближайший город от деревни находится в часе езды на автобусе).

Так называемые практикующие «специалисты» выбираются в соответствии с тремя правилами:

— «третье» правило — несерьезное заболевание при отсутствии достаточного знания для осуществления самолечения и убежденность в эффективности биомедицины;

— «шестое» правило — заболевания среднего уровня опасности при отсутствии знаний о лечении и убежденность в эффективности биомедицины;

— «восьмое» правило — заболевание оценивается как серьезное, которое должно лечиться методами биомедицины, однако нет возможности доставить больного к терапевту.

Основным фактором обращения к местным практикующим специалистам является доверие к биомедицине, уверенность в ее эффективности. Их услуги считаются недорогими (немного дороже целителей). В комбинациях условий встречаются заболевания разных уровней опасности, однако при тяжелых формах

к такой альтернативе обращаются только в случае отсутствия возможности доставить больного в город.

И последней альтернативе — профессиональный врач в городе, соответствует только одно, «девятое» правило, для такого решения необходима следующая комбинация условий — восприятие заболевания как тяжелого, доверие к биомедицине и, главное, возможность доставить больного в город и оплатить лечение.

Так называемые правила-стандарты рассматриваются как гипотезы, как наиболее возможный выбор способа лечения из всех альтернатив. Более того, выбор как процесс необходимо рассматривать в его динамике, выделяя различные этапы. Допустим, на первом этапе развития болезни мы имеем определенный вариант решения, но в дальнейшем в зависимости от оценки эффективности первого выбора, ситуация и ее восприятие может измениться, и решение на втором этапе развития болезни может стать другим.

Особую ценность представляет материал, посвященный структуре представлений о болезнях: объяснение причин, оценка болезни по разным критериям, классификация заболеваний в сознании местных жителей, а также связь класса болезни с определенным набором способов лечения. В сознании любого человека существует некий конструкт, его можно обозначить как классификацию болезней по различным категориям («опасность», «причины», «необходимость профессиональной помощи» и т. д.). Столкнувшись с болезнью, пациент пытается ее идентифицировать через сопоставление с данным конструктом, который имеет сложную природу, соединяя в себе типичное и индивидуальное. Этап определения ситуации, ее идентификация, сопоставление с конструктом «классификация болезней» может стать ключом к пониманию связи между системой медицинских взглядов, релевантных конкретному классу болезней, и выбором направления поведения для решения проблемы. В ходе

анализа были выделены наиболее типичные атрибуты — 43 характеристики для 34 острых болезней (получилась матрица «43×34»)¹.

Из четырех условий, описанных в модели медицинского выбора, три первых релевантны теме «структура медицинских знаний». Это степень серьезности, знание схемы лечения, доверие к народной медицине или биомедицине. Важно подчеркнуть, что классификация болезней и их описание по характеристикам — это «культурные» знания, которые составляют обыденные представления о болезнях, их происхождении и способах лечения. Так, в группе «детские болезни» выделяются инфекционные болезни, которые следует лечить в «западной традиции» биомедицины, а также недуги, имеющие необъяснимое происхождение, например «сглаз», с которыми нужно обращаться к представителям «народной» медицины.

Итак, по определенным критериям конкретный случай соотносится с наиболее близким классом заболеваний и ему присваивается статус — несерьезного, средней тяжести или опасного. Конкретные симптомы (температура, тип кашля, боли и т. д.) и самочувствие больного, то, как он переносит болезнь, соотносятся со сконструированной иерархией атрибутов болезни по степени опасности. При этом на формирование мотивации к конкретному действию оказывает влияние не само знание об опасных для здоровья и жизни последствиях, а «концепция ожидаемой опасности»², другими словами, субъективная оценка пациентом уровня опасности болезни для него. Надо отметить, что такой способ объяснения характерен для интерпретативных подходов. Правда, некоторые оппоненты обвиняют когнитивную антропологию в том, что она ошибочно интерпретирует убеждения человека в различных медицинских аспектах (*medical beliefs*) как детерминанту действий, которые на самом деле могут являться лишь рационализацией своего выбора после принятия решения. Отвечая на подобную критику, Гарро подчеркивает, что все

¹ Young J.C., Garro L.C. *Medical Choice in a Mexican Village*. 1994. P. 86-92.

² Kasperon J. X., Ratick S. *The social amplification of risk: A conceptual framework // Risk Analysis*. Vol. 8. № 2. 1988. P. 177.

исследования, проведенные под ее руководством, включают этап проверки, тестирования модели¹.

В более поздних работах Гарро появляется концепт дивергентной рациональности, для описания ситуаций, когда для одной проблемы используется несколько альтернативных решений. «Гарро ссылается на понятие Шведера «дивергентная рациональность», которое как раз призвано отразить тот факт, что «рациональность совместима с разнообразием»². Такой подход к рациональности позволяет исследователю приблизиться к «адекватному пониманию сложно устроенного медицинского выбора»³.

Модель медицинского выбора, предложенная Гарро, описывает стандарты поведения, основывающиеся на многокритериальном, многоуровневом конструкте — классификации болезней. Сам автор высоко оценивает прогностические возможности модели. Безусловно, описание человеческого поведения на языке науки всегда будет неполным, невозможно вписать в стройную модель все детерминанты, определяющие выбор действия. Работы Гарро и Янга, бесспорно, внесли большой вклад в развитие исследований медицинского (пациентского) выбора («Medical Choice»), для них характерен высокий уровень концептуализации и методологической рефлексии в сочетании с результатами масштабных полевых исследований.

Ценность методологического подхода Гарро и Янга еще и в том, что он может быть адаптирован для изучения поведения пациентов не только в традиционных сообществах, но и в больших городах. Для построения матрицы принятия решения о лечении в российском городе необходимо изучить структуру медицинских знаний, сложившуюся в обыденном сознании пациентов, и из нее выделить существующие альтернативы и релевантные критерии оценки ситуации.

Важность субъективных суждений, обоснования пациентом своей логики, восприятие своего опыта болезни, признание интерпретативности

¹ Garro L. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities 1998. P. 323.

² Там же. P. 343.

³ Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С.66.

рациональности в рамках данного подхода открывает новые перспективы для развития направления «Medical Choice» в российской социологии.

В качестве еще одной перспективы экспликации когнитивного подхода в рамках социологических, антропологических исследований можно указать изучение стандартов принятия решений в ситуации хронических болезней. Это становится актуальной исследовательской задачей. Учитывая специфику болезней, которые невозможно вылечить, но которые можно контролировать и поддерживать, сам процесс принятия решений становится «хроническим», вписанным в повседневную жизнь, и соответственно, на разных этапах существенным образом может меняться как физическое состояние больного, так и субъективное восприятие болезни, знание о способах купирования обострения и контроля за состоянием ремиссии. Все это требует серьезной методологической и методической рефлексии. Предложенная Л.Гарро теоретико-методологическая рамка и ее экспликация для изучения выбора в случае острой болезни может стать основой для построения концепта исследования выбора в ситуации хронической болезни, с построением алгоритмов принятия решений на эмпирическом уровне. Тем более такие исследования в рамках когнитивного подхода представлены в западной традиции¹.

Безусловно, содержательно модель медицинского выбора в другом социально-культурном пространстве будет существенно отличаться — и структура альтернативных решений, и критерии оценки болезни. Так, можно предположить, что для российского социально-культурного контекста среди субъективных характеристик ситуации болезни могут быть выделены такие, как уровень доверия медицине вообще и отдельно частному и государственному сектору (или платным и бесплатным медицинским услугам). В качестве объективных характеристик — доступ к профессиональной медицинской помощи, материальные возможности пациентов. Для хронических пациентов выбор может определять зависимость от

¹ Garro L. C. Intracultural variation in causal accounts of diabetes: a comparison of three Canadian Anishinaabe (Ojibway) communities // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1996. Т. 20. №. 4; Grzywacz J. G., Arcury T. A., Ip E. H., Nguyen H. T., Saldana S., Reynolds T., Bell R. A., Kirk J. K., Quandt S. A. Cultural basis for diabetes-related beliefs among low- and high-education African American, American Indian, and white older adults // *Ethnicity & disease*. 2012. Т.22. №4.

льготных препаратов. Безусловно, это требует отдельных исследований, но в качестве концептуальной схемы подход Линды Гарро может стать основой для исследовательской работы в рамках проблематики «Medical Choice».

1.1.2 Исследование медицинского выбора пациентов в социологии медицины и медицинской антропологии в России

Западная традиция социальных и гуманитарных исследований медицины имеет долгую историю – сформированы методологические подходы, накоплен опыт эмпирических исследований. Уровень развития данного исследовательского направления в российской и западной социологии можно сравнить по результатам запросов на Google scholar¹. Итак, запрос «medical choice» и «медицинский выбор» – 4.150.000 против 115.000, при этом основная масса российских публикаций касается вопросов доказательной медицины, медицинской информатики, выбора стратегии лечения врачом. Запрос «patient choice» и «пациентский выбор» – 3.710.000 против 270. В отечественных публикациях на этот запрос представлены работы, также посвященные выбору стратегии лечения врачом, однако в некоторых наблюдаются отсылки к пациентскому выбору, к проблеме комплаенса, как фактора успешности лечения.

Все-таки в последнее десятилетие мы можем наблюдать рост исследовательского интереса к проблеме медицинского выбора в российской социальной науке. Это связано в том числе с растущим разнообразием доступных для человека альтернативных медицинских практик, т.е. расширением спектра возможных решений. Например, в большом городе вы можете прибегнуть не только к услугам западной биомедицины, но и к помощи представителей медицины ведической, китайской, к различным целителям. С другой стороны, проблема выбора пациента существует не только относительно медицинских систем, но и в рамках одной биомедицинской модели – выбор врача, выбор между хирургическим и терапевтическим лечением, решение о проведении геномных

¹ Анализ представленности запросов датируется февралем 2018 г.

исследований для выявления потенциальных рисков здоровья. Вопросы пациентского выбора актуализируются еще и по причине роста медиализированности повседневности современного человека¹.

Актуальность озвученных проблем подчеркивает публичное обсуждение вариативности в вопросах о здоровье и лечении, которые становятся сегодня предметом дискуссии в СМИ, на различных интернет-площадках, что, безусловно, сопровождается ростом информированности людей о наличии медицинских альтернатив и формирует обыденные представления о болезни и ее лечении, новые схемы поведения в ситуации болезни.

В качестве иллюстрации можно вспомнить периодически разгорающийся в СМИ конфликт между так называемыми антипрививочниками и апологетами прививок². В обществе существуют различные модели объяснения необходимости вакцинации, соотношения пользы и вреда различных прививок³. Принятие решения в этом вопросе — это не только индивидуальный выбор конкретного человека, это и социально значимый вопрос. В картине мира сторонников прививок рост числа непривитых людей определяет рост заболеваний и смертности от них, а в представлениях противников прививок те же самые последствия вызывает вакцинация, которая наносит непоправимый вред здоровью. В период пандемии COVID-19 вакцинация как мера борьбы с новым вирусом стала предметом активного обсуждения в публичном пространстве и сложным решением для многих людей⁴.

¹ Михель Д. В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. 2015. С. 254–255.

² Примером может выступить статья «Евровидение на радость антипрививочникам», размещенная на сайте «Медицинская Россия». Комментарии к данной публикации выкристаллизовывают конфликт апологетов прививок и антипрививочников. В качестве иллюстрации — отрывки высказываний: «Это бесполезный спор. Каждый сам для себя решает делать прививки или нет. Когда у Вас будет ребенок, Вы сделаете свой выбор»; «Перестаньте нести чушь про вред прививок... Скажите еще, что гомеопатия работает».

³ Ожиганова А. А. Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири. Труды по медицинской антропологии. М., 2009; Антонова Н. А., Ерицын К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития. 2014; Солондаев В. К., Конева Е. В., Черная Л. Н. Психологические факторы принятия решения о вакцинации // Сибирский психологический журнал. 2016. № 59.

⁴ Вызовы пандемии и стратегическая повестка дня для общества и государства: социально-политическое положение и демографическая ситуация в 2021 году. 2021. С. 372-389; Кирзюк А. А. «У меня нет страха»: ковид-диссиденты в поисках агентности и правды // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 2; Социология пандемии. Проект коронаФОМ. 2021; Изменения, вызванные эпидемией коронавируса и режимом самоизоляции. Седьмая волна опроса 07.09.2020 [сайт НИУ ВШЭ]; Родин К. Два года с Covid: как российское общество адаптировалось к пандемии [сайт ВЦИОМ].

Другой «громкий» релевантный пример – атака на активно развивающуюся в России гомеопатию¹. Новая волна полемики была спровоцирована в начале 2017 г. резонансным меморандумом комитета борьбы с лженаукой РАН, который подписала небольшая группа экспертов. Однако это обращение, не имеющее никакой юридической силы, вызвало настоящий «сетевой» конфликт между профессиональным сообществом, представляющим биомедицину, и пациентами, предпочитающими гомеопатическое лечение.

Как уже отмечалось выше, тема пациентского выбора актуальна сегодня не только для общественной дискуссии в России, но и для научной. Ряд российских исследователей анализируют конкретные аспекты медицинского выбора пациентов. Выше уже были упомянуты исследования о принятии решения о вакцинации (Н.А. Антонова, К.Ю. Ерицян, Е.В. Конева, А.А.Ожиганова, В.К. Солондаев). Много работ, связанных с медицинским выбором в период беременности и подготовки к родам (А.А. Темкина, Е.А. Здравомыслова, Е.А. Бороздина, А.А.Новкунская). 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, С.В. Шишкин, К. В. Кузьмин, Е. В. Семенова, Л. Е. Петрова, А. Г. Закроева, А.Е. Чирикова, С.А. Ефименко). Особого внимания заслуживает проблема доверия к медицинским институтам. Тот факт, что на принятие терапевтического решения, в том числе об отказе от медицинской помощи, влияют такие факторы, как неравенство в доступе к профессиональной медицинской помощи и низкий уровень институционального доверия в России², лишь подчеркивает социальное значение данного направления исследования для отечественной науки. Релевантными проблеме медицинского выбора являются и традиционные для социологии медицины исследования, посвященные анализу

¹ В публикации А. Фирсова «Шарики раздора. Как общество реагирует на скандал с гомеопатией» описывается суть конфликта сторонников и противников гомеопатии. См. Фирсов А. Шарики раздора. Как общество реагирует на скандал с гомеопатией // Forbes.ru.

²Аронсон П. Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 2; Темкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017.

системы здравоохранения, ее эффективности с позиции участников этой системы¹.

Понимание того, как пациент воспринимает свою болезнь и каковы механизмы ее оценивания² также является важным вкладом в исследование медицинского выбора, поскольку процесс принятия терапевтического решения связан с идентификацией своего состояния. При этом важно, что восприятие болезни, ее оценка имеет не только объективные основания (клинические проявления, поставленный диагноз), это и продукт типичных для конкретной культуры схем восприятия и оценки.

Особого внимания заслуживают исследования влияния социальных сетей, социального окружения и социального капитала на решения, которые человек принимает относительно своего здоровья в целом или относительно конкретного лечения³. В данных работах авторы рассматривают стратегии поведения больных острыми и хроническими заболеваниями как результат социальной интеракции в формализованных и неформализованных социальных сетях. Социальный капитал (социальное окружение) действительно имеет огромное значение для проблемы медицинского выбора. В настоящем исследовании социальный капитал рассматривается прежде всего как источник культурных знаний, на основе которых принимаются пациентские решения.

Особое место в исследовании медицинского выбора занимают работы, выполненные в рамках теорий потребительского поведения. В таком контексте пациент выступает в роли «рефлексивного потребителя», от которого ждут

¹ Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. 2002; Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007; Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2011.

² Готлиб А. С. Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа // Общество ремиссии : на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. 2012.; Бердышева Е. С., Соколова А. А. Измерения страдания в социальных науках: случай онкологических заболеваний // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. 2018. Т. 126. № 1-2.

³ Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни // Социологические исследования. 1993; Аронсон П.Я. Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни: автореф. дис.... к. соц. наук: 22.00.04. [Место защиты: С.-Петербург. гос. ун-т]. СПб., 2007.

активного поведения на рынке медицинских услуг, индивидуальных решений, обусловленных конкретными предпочтениями¹.

В рамках темы медицинского выбора также важное место занимают работы, посвященные самолечению как составляющей структуры терапевтического выбора пациента², а также исследования здоровьесберегающих превентивных мер³. В исследованиях выявляется последовательный рост количества россиян, предпочитающих – при возникновении симптомов и дальнейшем течении болезни – самолечение обращению к врачу. В качестве причин чаще всего называются такие как, доступность лекарств без рецепта, обилие медицинской информации в СМИ и новых медиа, недоверие к медицине как социальному институту⁴.

Новой темой социальных исследований становится поведение человека в условиях современных информационных технологий в сфере медицины (телемедицина) и геномной медицины, например, после генетического тестирования на вероятность онкологии. Философы и антропологи рефлексиируют на темы громких медийных кейсов медицинского выбора, самый яркий пример случай Анджелины Джоли⁵, которая решилась на превентивную двойную мастэктомию, а потом еще на ряд радикальных мер и открыто объяснила причины своего решения⁶. По мере того как современные медицинские технологии и информационные технологии в сфере медицины постепенно вписываются в повседневные практики пациентов, актуализируются в пациентском сознании,

¹ Шишкин С.В., Бурдяк А.Я., Потапчик Е.Г. Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения: препринт. 2014; Тёмкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. №3; Бредникова О. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. 2009.

² Шилова Л. Практики самолечения российского населения // Культурное наследие России. 2014. №2.

³ Шматова С.С. Опыт социологической интерпретации практик здоровьесберегающего поведения // Изв. Саратовского университета. Сер. Социология. Политология. 2015. №2; Варламова С. Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад // Социологические исследования. 2010. № 4; Бердышева Е. С., Белявский Б. А. Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самосохранительных практик // ИНТЕР. 2021. Т. 13. № 1

⁴ См. Шилова Л. Практики самолечения российского населения ...; Пресс выпуск №2919 ВЦИОМ. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов.

⁵ Михель Д.В. Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XX века // Рабочие тетради по биоэтике. Вып.21: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): сборник научных статей. 2016; Тищенко П. Философские основания персонализированной медицины (ПМ): казусы А.Джоли и М.Шнайдера // Рабочие тетради по биоэтике... 2016.

⁶ Jolie Pitt A.My Medical Choice // NYT. May 14 2013.

появляются работы, в которых осуществляется анализ этих процессов в социологическом и антропологическом измерении¹.

Остаются вопросы о самом понятии выбора, о том, насколько его можно понимать как рациональное решение – особенно применимо к повседневному течению жизни. Можем ли мы говорить о выборе в ситуации привычного поведения и т.д. Это фундаментальные вопросы, требующие прояснения. Выше уже упоминалось, что подход Гарро восходит к некоторым положениям феноменологической теории выбора.

В.Лехциер в монографии «Болезнь: опыт, нарратив, надежда» подчеркивает, что несмотря на то, что в феноменологической традиции не представлена феноменология болезни, а у Гарро отсутствуют прямые отсылки к работам феноменологов, важные категории ее концепции для анализа медицинского выбора пациента имеют феноменологические основания. «Несмотря на то, что феноменологи в своих дескрипциях опыта исходили из тех структур, которые релевантны здоровому человеку, они создали методологические рамки и стратегии, благодаря которым опыт болезни также становится доступным. Поэтому различные медицинские и социальные науки, имеющие дело с опытом в его патологическом модусе, находят в феноменологии свое обоснование»².

Рассмотрим подробнее феноменологию выбора, представленную в феноменологической социологии А.Шюца, чтобы фундировать исследование более основательно. Обратимся к таким работам Шюца как «Проблема рациональности в современном мире» (1943г.), «Выбор между проектами действия» (1953г.), «Размышления о проблеме релевантности» (1970г.).

¹ Курленкова А. С. Когда язык имеет значение: от донорства яйцеклеток к рынкам ооцитов // Социология власти. 2016. Т. 28. №. 1; Войнилов Ю.Л., Полякова В.В. Мое тело-моя крепость: общественное мнение о биомедицинских технологиях // Социология власти. 2016. Т. 28. №. 1; Михель Д.В. Форум: Новые технологии и телесность как предмет антропологических исследований // Антропологический форум. 2018. №38; Угарова, А. С. Парадоксы генетического тестирования на онкологию: между контролем и риском // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 8. Вып. 1; Земнухова Л. Когда «о'Кей, гугл» не справляется: Как найти психотерапевта в мире людей и технологий // Laboratorium: журнал социальных исследований. 2019. 11(1).

² Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С.40.

1.2 Концептуализация выбора в феноменологической социологии Альфреда Шюца

А. Шюц предлагает феноменологическое решение проблемы выбора. В своих работах он обосновывает необходимость отказа от методологически «удобных» моделей объяснения человеческого поведения¹ (таких как абсолютная и нормативная рациональность) и осуществляет поиск значений рациональности непосредственно в повседневном опыте².

Остановимся подробнее на концепте рациональности в феноменологической социологии, поскольку данная тема принципиально важна для феноменологического анализа феномена выбора. В своей работе «Проблема рациональности в современном мире» Шюц пишет: «В повседневной жизни мы чрезвычайно редко действуем рационально, если понимать данный термин в том смысле, который предусмотрел для него... профессор Парсонс. Мы даже не интерпретируем рационально окружающий нас социальный мир, разве что при особых обстоятельствах, заставляющих нас отказаться от той базисной установки, в которой мы просто живем своей жизнью»³. Основоположник феноменологической социологии, обращаясь к своему не менее выдающемуся современнику, представителю структурного функционализма Т.Парсонсу, имел в виду следующее определение рационального действия, предложенное Парсонсом: «Действие рационально в той мере, в которой оно преследует цели, достигаемые в условиях данной ситуации и при помощи наиболее подходящих средств, которыми располагает актор. «Наиболее подходящими» считаются средства, оцениваемые с точки зрения критериев, устанавливаемых и верифицируемых позитивной эмпирической наукой»⁴. Шюц, напротив, осуществляет анализ рациональности не с позиции научных абстракций, а с позиции повседневного опыта. Классическая социология «навязывает индивидам собственное определение рациональности, тогда как феноменология призывает к

¹ Йоас Х. Креативность действия. 2005. С. 11, 32.

² Филипсон М. Феноменологическая философия и социология // Новые направления в социологической теории: сб.ст. 1978.

³ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. М.: РОССПЭН, 2004. С. 75.

⁴ Парсонс Т. О структуре социального действия. 2000. С.49.

исследованию различных форм рациональности, которым в действительности следуют действующие лица»¹. Рассмотрим выделенные Шюцем смыслы рационального последовательно.

1. Рациональное как разумное. С первых же строк анализа Шюц указывает на двусмысленность рационального в повседневной жизни. С одной стороны, действовать рационально или разумно – значит использовать модели поведения, которые прошли проверку. С другой стороны, под рациональным поведением часто понимают, наоборот, отказ от механического следования предшествующему опыту, поиск новых способов решения.

Надо заметить, что в некоторых современных социальных теориях наблюдается попытка справиться с этой двусмысленностью. Примером могут являться «габитусы» П.Бурдьё или «привычки» Дж.Ходжсона. Согласно данным концепциям, действия, схемы мышления, восприятие определяются некими структурами сознания, сотканными из опыта, однако следование данным структурам происходит не механически, несмотря на их определяющее значение в повседневной жизни, субъекту действия приписывают способность анализировать ситуацию и принимать нестандартные решения в новых условиях².

2. Рациональное как обдуманное. Еще больше пищи для размышлений дает нам отождествление «рационального действия» с «обдуманным поступком». Шюц выделяет четыре значения «обдумывания».

– «Рутинное действие в повседневной жизни является обдуманным постольку, поскольку всегда отсылает к изначальному акту обдумывания, который некогда предшествовал построению формулы, ныне принимаемой действующим лицом в качестве стандарта его действительного поведения»³. Здесь, на мой взгляд, Шюц обращает внимание на очень важную мысль, которая при исследовании

¹ Филипсон М. Феноменологическая философия и социология... 1978. С. 232.

² Бурдьё П. Практический смысл. 2001; Ходжсон Дж. Скрытые механизмы убеждения: институты и индивиды в экономической теории // Экономический вестник Ростовского государственного университета. 2003. Т.1. №4; Шматко Н.А. «Габитус» в структуре социологической теории // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Том 1. №2.

³ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С.80

рутинных практик часто выводится за скобки анализа. Любому рутинному действию предшествует обдумывание.

- Обдумывание так же может означать «понимание применимости рецепта, который оказался успешным в прошлом, к настоящей ситуации»¹. В данном случае человек, находящийся в процессе принятия решения, обращаясь к своему успешному опыту, мыслит индуктивно. Однако, действует опять же не механически, а сопоставляя прежний опыт с новыми условиями, размышляя над его адекватностью настоящей ситуации.
- Обдумывание как «предвосхищение результата». Здесь рациональность сводится к действию по мотиву, который Шюц называет «для-того-чтобы». Название мотива подчеркивает телеологическую природу действия, его устремленность в будущее.
- И последнее значение обдумывания как выбора между различными вариантами поведения. В этом аспекте Шюц опирается на работы Дж.Дьюи, для которого «обдумывание» представляет собой «драматическую репетицию в воображении различных конкурирующих друг с другом возможных линий поведения», которую он определяет, как «экспериментальное изготовление различных комбинаций отобранных элементов привычек и импульсов с целью увидеть, каким будет вероятное результирующее действие, если к нему приступить»². Шюц заменил концепцию «привычки» Дьюи более широким понятием – «запас наличного знания» и назвал такой метод обдумывания «мышлением в будущем совершенном времени»³. Человек, находящийся в ситуации выбора, мысленно помещая (перемещая) себя в будущее время, проигрывает различные варианты в своем сознании, а содержательно такие альтернативы возникают из сложившегося к моменту выбора запаса знаний. Надо заметить, что именно при таком обдумывании проблема выбора осознается действующим лицом, «входит в сознание»⁴. Хотелось бы

¹ Там же. С.80.

² Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 117

³ Там же. С. 84.

⁴ Там же. С. 81.

подчеркнуть, что понятия «драматической репетиции», «мышления в будущем совершенном времени» являются важными категориями для понимания феноменологического подхода к проблеме выбора.

3. Рациональное как спланированное, спроектированное. Однако, Шюц ставит под сомнение, что спланированность является отличительной характеристикой исключительно рационального действия. Более того, следуя этой логике рассуждений, можно сказать, что рутинные практики вписаны в «структуру наших планов» и «они служат инструментами реализации» поставленных целей: «Вероятно, вся рутинная работа является орудием достижения целей, которые находятся за рамками рутинной работы и ее детерминируют»¹.

4. Рациональное как предсказуемое. Однако, в повседневном знании мы не можем говорить о предсказуемости с позиции истинности, как это происходит в научном знании. Но если человек, размышляя в «будущем совершенном времени», проигрывает мысленно различные линии поведения и выбирает одну из них, то этот выбор должен совершаться на основе какой-то оценки по определенным критериям. Так Шюц вводит в анализ «оценку правдоподобия»². Таким образом, в повседневной жизни человек оценивает альтернативные варианты поведения с точки зрения их правдоподобности.

5. Рациональное как логичное. Для анализа повседневного действия не может быть применена система логики, строящаяся на ясных и четких понятиях – идеализациях. Поскольку повседневное знание «биографически детерминировано», имеет четкую пространственно-временную привязку, связано с «наличной ситуацией мыслящего», то мы и не можем говорить о логике в традиционном смысле³.

6. Рациональность как выбор между целями или несколькими средствами достижения цели.

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С.81.

² Там же. С. 82

³ Там же. С. 82

Такой «концептуальной схемой» Шюц подчеркивает неконструктивность применения модели «абсолютной рациональности», «научной рациональности» к изучению повседневности. Позиция автора указывает на множественность рациональности, которая приобретает различные формы. Данные тезисы ценны не только ответами на сложные вопросы, но и самой постановкой вопросов. А.Шюц разрывает привычное для классического научного знания противостояние рационального и рутинного и осуществляет поиск связи между ними. С одной стороны, напоминая о том, что многим рутинизированным практикам предшествовали когда-то принятые решения, а с другой стороны, предлагая рассматривать повторяющиеся действия как инструмент или средство достижения определенных целей.

Рациональность – ключевая, но не единственная категория необходимая для понимания феноменологической модели выбора или принятия решения. К таким категориям так же относится «запас наличного знания», упомянутый выше. Любое действие – от мыслительных актов до поведенческих, на всех этапах его совершения – от определения ситуации до выбора сценария решения из имеющихся альтернатив – определяется «биографически детерминированным знанием». Шюц определяет это знание следующим образом: человек, находясь в определенной ситуации, испытывает не только «перцептивные переживания», связанные с конкретным местом, но и влияние «биографической ситуации», «личной истории», с которой он подошел к данному моменту времени. Такой «запас наличного знания», складывающийся из пережитого лично и социально полученного от других опыта, Шюц определяет как «осадок всех наших предыдущих восприятий»¹.

Для данной работы важно и феноменологическое осмысление понятия культуры, как интересубъективного пространства готовых культурных образцов поведения, восприятия, знания, формирующихся в конкретном социальном, историческом контексте. Как пишет К. Гирц о культуре: «она указывает на исторически передаваемую систему значений, воплощенных в символах; систему

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 383

унаследованных представлений, выраженных в символических формах, посредством которых люди передают, сохраняют и развивают свое знание о жизни и отношении к ней»¹. Итак, «культурное знание» в когнитивной медицинской антропологии Гарро, «запас наличного знания» в феноменологической социологии Шюца – это концепты, объясняющие интерсубъективную природу знаний. Гирц указывает на то, что «знание как», т.е. знание, которым пользуется человек в повседневной деятельности, возможно только в определенной «структуре значения», т.е. в конкретном культурном контексте².

Учитывая значимость категории «запаса наличного знания», как для анализа проблемы выбора в частности, так и для понимания природы повседневного человеческого мышления, восприятия, действия в целом, выделим его основные черты:

– Запас наличного знания биографически детерминирован, состоит из личного и социально приобретенного опыта. «Из наследия и воспитания, из многочисленных влияний традиции, привычек и собственных прежних размышлений выстраивается его запас опыта»³.

– Это знание, которое автоматически находится всегда «под рукой». К каждому новому действию мы подходим с определенным «биографически детерминированным» запасом наличного знания, который сложился на тот момент времени.

– Неоднородность наличного знания. Запас знания «содержит в себе самые разные типы знания, находящиеся в крайне рассогласованном и спутанном состоянии. Ясные и отчетливые переживания перемешаны в нем со смутными догадками; предположения и предрассудки соседствуют с хорошо проверенными сведениями»⁴.

¹ Гирц К. Интерпретация культур. 2004. С.89.

² Каплун В.Л. Thick description как метод социальной науки: Гирц или Райл? 2011.

³ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. С. 78.

⁴ Там же. С. 79

– Оценка правдоподобия элементов запаса наличного знания. «Нигде нет гарантии надежности всех тех допущений, которыми мы руководствуемся. С другой стороны, нам достаточно этих переживаний и правил, чтобы справляться с жизнью. Наше знание повседневной жизни не лишено гипотез, индукций и предсказаний, но все они имеют приблизительный и типический характер. Идеал повседневного знания – не достоверность и даже не вероятность в математическом смысле, а всего на всего правдоподобие»¹. Элементы запаса наличного знания имеют различную степень правдоподобия – от слепого верования, «животной веры» до эмпирической вероятности, когда знание принимается как правдоподобное в данный момент времени².

– Предвосхищение будущего на основе запаса наличного знания это всегда только надежды и ожидания. Поэтому, оценивая совершенные поступки, актер отвечает на вопрос, насколько оправдались его ожидания.

– Согласованность такой неоднородной системы знания возможна благодаря ее типичности, интерсубъективности. «Такого рода знание и его организацию я бы назвал, по аналогии с кулинарным искусством, «знанием рецептов»³. Природа этого знания удивительна. С одной стороны, оно биографично, индивидуально, с другой стороны, типично. Общий, интерсубъективный мир у Шюца обосновывается двумя тезисами: о взаимозаменяемости точек зрения и о сопоставлении систем релевантностей, – это обоснование Шюц приводит в разных своих работах, но наиболее развернуто в работе «Обыденная и научная интерпретация человеческого действия», а также в систематическом исследовании «Размышления о проблеме релевантности». Как справедливо пишет А.М. Корбут: «невзирая на уникальный опыт и биографическую ситуацию каждого отдельного индивида» у Шюца происходит «конституирование общего, всеми разделяемого мира»⁴.

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 79

² Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 296.

³ Там же. С. 79

⁴ Там же. С. 15; Корбут А.М. Концепция конститутивного порядка в этнометодологии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2013. №2. С. 70.

Особый интерес представляет выделенная Шюцом структура запаса наличного знания с точки зрения связи его элементов с проблемой выбора. Шюц выделяет три группы объектов, составляющих запас наличного знания:

1. Непроблематизированные объекты, которые не подвергаются сомнению, не участвуют в выборе.

2. Проблематизированные объекты, которые подвергаются сомнению, проходят так называемый процесс обзора. «Но этот процесс вопрошания или сомнения не приводит к какому-либо решению, к принятию одной из проблематичных альтернатив, а возможно, даже и к установлению подлинно проблематичной альтернативы»¹.

3. Объекты как подлинные альтернативы представлены к выбору или «к разбору» (в терминологии Карнеада). Лишь некоторые элементы запаса наличного знания проходят процесс обзора, еще меньшее число – разбора: «... подлинные альтернативы, происходящие из ситуации сомнения, ”представлены к выбору”, причем каждая из них имеет собственную весомость. Я пришел к решению, сделав ставку на одну из них. Избранное, однако, трансформируется самим актом выбора в убеждение о его возможности, которую я склонен рассматривать как обоснованную, хотя и “до последующего уведомления”»².

Как актер делает выбор? Сравнение альтернатив, представленных к выбору, происходит на основе оценки правдоподобия. Различные проекты действия остаются альтернативами, пока не сделан выбор. Как только выбор совершен, принимается решение, которое с точки зрения субъекта действия признается обоснованным, и уверенность в нем достигает уровня «эмпирической достоверности» (Э.Гуссерль). Другие проекты имеют более низкую оценку правдоподобности и могут иметь характер эмпирической вероятности или возможности, которая может проявляться на разных уровнях: доверия, «животной веры», мнения. Альтернативе, которая выбирается как проект действия, самим

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 134

² Там же. С. 132.

выбором присваивается более высокая степень правдоподобности. Эмпирическая достоверность – более обоснованное знание, соответственно, надежды на достижение поставленной цели и ожидания от результата значительно выше, чем при эмпирической возможности/вероятности. «Эмпирическая достоверность» указывает на то, что выбранный проект, с точки зрения актора, имеет большую степень правдоподобности в данной ситуации в конкретный момент времени. Поэтому Шюц и подчеркивает, что статус более правдоподобного варианта не является аксиомой и закрепляется за проектом «до последующего уведомления»¹.

Еще один важный вопрос, который поднимает Шюц: всегда ли выбор лежит в основе совершения действия? С одной стороны, выбор возникает только в ситуации сомнения, в остальных случаях действует «естественная установка» (практическая обыденная установка повседневной жизни)², которая принимается на веру. С другой стороны, как уже отмечалось выше, действию на основе привычки всегда предшествует сомнение в момент формирования этой модели поведения. К тому же и при таком типе действия происходит идентификация ситуации с точки зрения адекватности применения этой модели в конкретных условиях. Это особенно актуально для пациентских решений. В подходе Гарро идентификация ситуации является обязательным этапом процесса принятия пациентом терапевтических решений. К тому же всегда остается вероятность выхода из этой установки. А выход из этой установки, ее эпохе возможны только в ситуации сомнения. Как писал Шюц, установка действует только «до последующего уведомления»³.

Итак, сузим проблему и попытаемся на основе работ Шюца построить модель действия в ситуации выбора.

Определение ситуации. Определение ситуации происходит на основе переживаний в данный момент и биографически детерминированного «запаса наличного знания». В этой фазе сосредоточенность индивида на определенной проблеме переводит ее в статус «темы», «тематического переживания». Затем

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 132

² Там же. С. 402, 418

³ Там же. С. 123-125

происходит выделение горизонта – нетематических переживаний, релевантных и нерелевантных теме моментов. Другими словами, сознание структурирует весь поток переживаний на тематические и горизонтные (нетематические). Вслед за А.Бергсоном и У.Джеймсом Шюц подчеркивает важность практического интереса, который управляет процессом отсеивания вторичных переживаний, абстрагирования от них и направления «луча внимания» (по Э.Гуссерлю) на формирование тематического ядра. В противном случае невозможна реализация проекта, невозможно действие. Однако, Шюц предостерегает от приписывания прагматическому мотиву исключительной роли, подчеркивая значение биографически детерминированных знаний и восприятия конкретной ситуации.

Обзор альтернатив. Альтернативы – это элементы осевшего на данный момент знания, которые релевантны ситуации. Однако, не все из них становятся «подлинными альтернативами», представленными к выбору.

На следующем этапе происходит «разбор» (сравнение) альтернатив, в результате которого производится выбор альтернативы. Для принятия решения необходимо произвести оценку их правдоподобности. И в отличие от модели совершенной рациональности, в которой человек способен произвести сложные математические расчеты для определения из представленных альтернатив единственно верного решения, в рамках «повседневной рациональности» индивид проводит «драматические репетиции» альтернатив, представляя их как свершившиеся поступки, мысля себя в совершенном будущем времени. Так, осуществляется оценка степени правдоподобности альтернатив. Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что это сравнение альтернативных проектов и выбор может происходить только в ситуации сомнения, когда релевантные элементы ставятся под вопрос. «Выбор – не возникновение предпочтения из безразличия. Это появление единого предпочтения из конкурирующих предпочтений»¹.

Как появляются альтернативы? В работе «Выбор между проектами действия» находим ответ: появление подлинных альтернатив и выбор между ними так же определяются биографической ситуацией, системой актуальных

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 128

интересов, мотивов. Все элементы, с которыми связан процесс выбора и которые его определяют, Шюц называет системой релевантностей, выделяя тематическую, мотивационную и интерпретативную. Выбор всегда каузальный. При этом, так же как переживаемая ситуация всегда сопоставляется с типичными ей ситуациями, имеющимися в «запасе наличного знания», так и принятие решения осуществляется через сопоставление типичной ситуации с типичными решениями. «Проектируя свой предстоящий акт в будущем совершенном времени, я опираюсь на мое знание ранее совершенных поступков, типически подобных предписываемому, и на мое знание типически релевантных черт ситуации, в которой это проектируемое действие будет происходить, в том числе моей личной биографически детерминированной ситуации»¹.

Таким образом любое проектирование начинается с представления ситуации уже реализованного проекта. Альтернативный проект, получивший наиболее высокую оценку правдоподобности в ходе «драматической репетиции», выбирается для реализации. И только после этого актер приступает к проектированию, обдумыванию конкретных шагов.

Представленный Шюцем феноменологический подход к пониманию выбора может стать концептуальной схемой исследования данного феномена в конкретной сфере или ситуации. Безусловно, концептуализация выбора может происходить и в других теоретических перспективах – концепция оптимального решения, концепция ограниченной рациональности, теория рационального выбора. Однако, ценность феноменологического фокуса в исследовании повседневного опыта неоспорима – позволяет анализировать процесс принятия решения из перспективы самого актора. Феноменологическая социология с ее множественной, интерпретативной рациональностью, биографически детерминированным запасом наличного знания, оценкой правдоподобности и другими категориями стала теоретической основой для развития некоторых современных социальных концепций.

¹ Шюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004. С. 118

Что касается поведения человека в ситуации болезни, то западные исследователи (антропологи, социологи) начинают активно заниматься данной проблематикой в 70-е г.г. XX в. Потребность в методологическом осмыслении природы выбора конкретных решений в ситуации болезни (которая чаще всего сопровождается неопределенностью, отсутствием полной информации, сложностью оценки рисков и последствий) привела к оформлению целого исследовательского направления в рамках оформившейся в это время когнитивной медицинской антропологии – The Medical Choice, в котором тоже угадываются феноменологические основания. Вот что пишет член «Ассоциации Медицинских Антропологов» России В.Л. Лехциер о методологических истоках современной медицинской антропологии: «Вместе с тем ее феноменологические основания несомненны. Они не всегда эксплицитны, хотя концептуальные ссылки на Мерло-Понти, Хайдеггера, Шюца и даже на Гуссерля в работах Байрона Гуда, Артура Клеймана, Дэвида Морриса, Риты Шарон, Паула Бродвина, Линды Гарро, Мери-Джо Дель Вечьо Гуд и других известных представителей данного трансдисциплинарного направления современной науки, в основном американской и европейской, всегда присутствуют»¹.

¹ Лехциер В.Л. Феноменологические основания медицинской антропологии // Логос. 2010 №5 (78). С. 183.

ГЛАВА 2 СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВАНИЯ ПАЦИЕНТСКОГО ВЫБОРА В СИТУАЦИИ ПРИНЯТИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ (НА ПРИМЕРЕ Г.САМАРЫ)

2.1 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами на начальном этапе развития хронической болезни

Во второй главе представлены результаты качественного этапа эмпирического исследования медицинского выбора хронических больных г.Самары. Дизайн исследования основан на стратегии *последовательного сочетания качественного и количественного этапов*¹. Перед первым этапом были поставлены следующие исследовательские вопросы: каковы ситуации выбора и спектр альтернативных решений пациента; каковы особенности ситуации пациентского выбора и процесса принятия решения в случае хронической болезни; какие социокультурные факторы оказывают влияние на терапевтические решения хронических больных; какие критерии или комбинации критериев выбора соответствуют конкретным терапевтическим решениям. Качественный этап является необходимым для осмысления основных понятий и категорий исследования через призму российской повседневности хронических пациентов, для построения теоретических гипотез и их верификации в рамках количественного этапа исследования.

Как уже было заявлено, объектом исследования выступали *хронические больные*. Выбор именно этой категории пациентов в качестве объекта изучения принципиален. На задачу поместить именно хроническую болезнь и ее социальные последствия в центр социологической рефлексии медицины обратил внимание еще Ансельм Страусс в 1973 году в статье «Хроническая болезнь» и чуть позже в совместной с Барни Глейзером книге «Хроническая болезнь и качество жизни»². Эта мысль далее развивалась социологами, философами³, и в

¹ Готлиб А.С. Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты . 2004; Cresswell J. W. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mix Methods Approaches. 2009.

² Strauss A., Glaser B. Chronic Illness and the Quality of Life. 1975.

³ Denton J. Medical Sociology. 1978.

теории канадского социолога Артура Франка приобрела законченный вид в виде концепта «общества ремиссии»¹, то есть общества, в котором благодаря достижениям медицинской науки и фармацевтики XX века хронические заболевания стали безусловно доминировать в общей структуре патологии, ставя перед системой здравоохранения и обществом в целом новые вопросы. И именно в таком обществе хронический пациент становится *типичным* пациентом, что, безусловно, важно для социологического анализа, а хроническая болезнь – *типичным лечебным случаем*². Здесь и далее *пациентом* будет называться человек, в ситуации болезни прибегающий к помощи представителей и институтов той или иной медицинской системы³, а также самостоятельно в целях лечения обращающийся к доступной медицинской информации. При этом для данного исследования важно учитывать изменение «роли больного» в связи с возникновением «пациентского самосознания»⁴.

В контексте исследования принципиальным является и понимание термина «терапевтическое решение» применительно к пациенту. Во-первых, оно терапевтическое, поскольку имеет непосредственное отношение к самому процессу лечения; решения другого рода, которые человек неизбежно должен принимать в такой ситуации, касающиеся, например, взаимоотношений в семье или занятости на работе, не рассматривались в нашем исследовании. Во-вторых, под «решением» мы понимали осознанное поведение хронического больного в отношении своего лечения (для ситуации медицинского выбора конститутивно наличие альтернативных линий поведения и, соответственно, возможность альтернативных решений). Как сам выбор, так и влияющие на него социокультурные факторы, эксплицировались в исследовании *из перспективы субъекта*: «Принимающие решение люди могут не знать всех факторов,

¹ Frank A. W. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University Of Chicago Press, 1997; Frank A. W. Just listening: Narrative and deep illness //Families, Systems, & Health. 1998. Т. 16. №. 3.

² Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. 2006. С.162; Frank A. W. Just listening: Narrative and deep illness... 1998.

³ Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем // Социология власти. 2016. №1. С.38.

⁴ Лехциер В.Л., Готлиб А.С. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: опыт качественного анализа // *Mixturaverborum* 2017: человек и время : философский ежегодник. 2017.

известных внешнему аналитику, но это не лишает основания изучение процесса принятия решения на основе учета фактов, убеждений и ценностей, исходя из которых действует человек»¹. Выбор трактуется как рациональное, осознанное поведение, но при этом рациональность понимается не *нормативно*, не как систематическая и оптимальная калькуляция полезности той или иной альтернативы, невозможная в повседневной жизни человека, а *описательно* – как упрощенные когнитивные процедуры, достаточные для принятия решений², которые формируются на основе культурных знаний, личного опыта и имеющихся материальных ресурсов³.

При исследовании медицинского выбора пациента важным является вопрос, в какой институциональной среде происходит этот выбор, поскольку она во многом определяет набор альтернативных терапевтических решений. Так сложилось, что в российской медицине XX века биомедицинская модель⁴ стала мейнстримом. Поэтому доверие научной медицинской традиции лечения болезней исторически характерно для российской культуры. Хотя медицинский плюрализм, под которым понимается сосуществование различных медицинских моделей в культуре, сохранялся всегда. Народная медицина, «бабушки» (заговоры) – эти формы лечения существовали и в советское время (хотя и неформально). Сегодня можно наблюдать и другие медицинские системы – гомеопатия⁵, ведическая, китайская медицина, которые в той или иной мере могут соседствовать с биомедициной в одном учреждении (например, иглотерапия), а также есть центры или частные кабинеты. Что касается биомедицины, то она

¹ Sargent C. The Cultural Context of Therapeutic Choice. 1982. С. 12.

² Garro L.C. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. 1998; Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018.

³ Garro C. L. The Ethnography of Health Care Decisions. 1982.

⁴ Биомедицина – система здравоохранения западного типа, основанная на синтезе объективистского научного знания и современных технологий. В работе понятия конвенциональной, официальной и биомедицины используются как контекстуальные синонимы. Неконвенциональная медицина – все подходы к лечению, альтернативные биомедицине. К неконвенциональной медицине чаще всего относят народное целительство, индийскую аюрведу, традиционную китайскую медицину, гомеопатию. (см. Харитонов В., Янева-Балабанска И. Интеграция медицинских систем - желаемое и действительное (российско-болгарские параллели) // Сибирские исторические исследования. 2017. №4.

⁵ Садыков Р.А. Быть классическим гомеопатом: неявное знание, биомедицина и гомеопатическая практика // Социология власти. Том 28. №1. 2016. С. 141-169; Аронсон П.Я. Отказ от профессиональной медицинской помощи как следствие утраты доверия экспертному знанию врача и институциональной среде здравоохранения // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2006. №20.

представлена достаточно разветвленной структурой медицинских учреждений разного уровня (первичное звено – поликлиники, диспансеры, дневные стационары, профильные и многопрофильные стационары); разной формы собственности (государственные, частные, ведомственные); с разной формой оплаты – ОМС, ДМС, хозрасчет. В целом, институциональная среда здравоохранения Самары типична для любого крупного российского города.

На этапе проведения качественного исследования эмпирический анализ строится на основе автоэтнографии, транскриптов 25 глубинных интервью и материалов фокус-группы. Главным критерием целевого отбора для участия в исследовании являлось наличие хотя бы одной хронической болезни (с подтвержденным диагнозом), требующей терапевтических решений, и стаж болезни не менее одного года. Поскольку в исследовании была поставлена задача выявить модели принятия терапевтических решений, характерные в целом для хронических пациентов в условиях крупного российского города, информантами стали люди, страдающие разными заболеваниями – сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы (диабет), дыхательной системы (астма, ХОБЛ¹), ЖКТ (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), болезнями крови, онкологическими, дерматологическими (псориаз) и другими болезнями.

Информанты, которые участвовали в глубинных интервью, имели разные социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, материальное положение), хотя эти признаки не являлись критериями целевого отбора и поэтому не подвергались серьезному контролю. Тем не менее распределение по социально-демографическим характеристикам в группе информантов следующее: образование – 7 информантов имели среднее специальное образование, остальные – высшее; материальное положение – 5 информантов оценили свое материальное положение как «выше среднего», 11 как «среднее», 7 как «ниже среднего» и 2 как «низкое»; пол – 16 женщин, 9 мужчин; возраст – 3 молодых людей, 7 информантов в возрасте от 31 до 45 лет, 9 информантов в возрасте от 46 до 55 (60) лет, 6 информантов пенсионного

¹ ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

возраста. Для проведения фокус-группы дополнительно было отобрано еще 10 человек (7 женщин и 3 мужчин). Рекрутинг участников фокус-группы, помимо основного критерия отбора (наличие хронического заболевания), проводился по принципу гомогенности по возрасту (от 40 до 60 лет). Для полноты картины и с целью контроля внутренней валидности в состав группы вошли приверженцы разных медицинских систем (биомедицина, гомеопатия, народная медицина).

Сбор данных проходил с соблюдением всех методических и этических требований. Интервью проходили в соответствии с методическими требованиями в ситуации face to face по месту жительства информантов в спокойной и доброжелательной обстановке. Все информанты знали о цели исследования, было получено информированное согласие на участие в опросе и публикацию результатов в научных изданиях после процедур транскрибирования и анонимизирования транскриптов интервью.

В данном исследовании хроническая болезнь, в соответствии с методологией когнитивной медицинской антропологии, рассматривалась как процесс. А глубинные интервью лишь подтвердили конструктивность такого подхода, поскольку на разных этапах развития болезни наблюдались различные схемы решения проблем со здоровьем. Итак, в результате анализа интервью были выделены три основные жизненные ситуации болезни, три стадии: 1. Появление соматических симптомов и их дальнейшее развитие («дебют болезни»¹); 2. постановка диагноза и назначение терапии; 3. хроникализация болезни (состояние ремиссии или рецидива болезни). Логика изложения результатов эмпирического исследования будет соответствовать этим трем ситуациям.

Надо заметить, что такое схематичное представление хронической болезни в ее развитии в реальной жизни может выглядеть несколько по-другому. Во-первых, постановка диагноза может произойти раньше начала конкретных симптомов (например, при плановой проверке здоровья). Во-вторых, у хронических больных бывает сложно провести четкую границу между

¹ Лехциер В.Л., Готлиб А.С. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: опыт качественного анализа // *Mixtura verborum* 2017: человек и время : философский ежегодник. 2017.

состоянием ремиссии и рецидива – во время ремиссии соматические симптомы сохраняются, а при обострении могут протекать не так ярко. В-третьих, возможно достижение длительной ремиссии. Поэтому некоторым информантам было сложно разделять эти периоды. Также важно отметить, что стадии могут очень быстро сменять друг друга (например, человек при первых симптомах сразу обратился за помощью) или, наоборот, растягиваться во времени из-за сложности установления диагноза (*«Лет 5 устанавливали диагноз. Вот что самое страшное. Где только не лежала, умирала, плакала, задыхалась. Не ставили диагноз»* (жен., 61 год, ХОБЛ)). Как отмечает медицинский антрополог Б.Гуд: «Назвать причину боли значит уже наполовину решить проблему... значит сделать важнейший шаг в воссоздании мира пациента»¹.

В данном параграфе остановимся на рассмотрении двух стадий: (1) «дебют болезни»; (2) постановка диагноза и назначение лечения. Это ситуации, когда болезнь еще может быть определена как «острый случай», по крайней мере в восприятии пациента, который сталкивается с ней впервые. А в следующем параграфе (2.2 «Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами в ситуации хроникализации болезни») рассмотрим модели выбора в ситуации хроникализации болезни. Это принципиально разные состояния болезни – ее начальная, можно сказать, острая фаза и хроническая, и соответственно, разные подходы к ее пониманию как со стороны больного, так и со стороны врача и общества в целом.

В рамках каждой ситуации пациент принимает целый калейдоскоп решений, часто выбор требует взвешенного, рационального, ответственного подхода от человека, не обладающего профессиональным знанием, не имеющего всей полноты информации, и при этом испытывающего физические страдания и эмоциональные переживания.

В свою очередь выбор наиболее приемлемого терапевтического решения в рамках разных ситуаций – это тоже определенный процесс, который в данной

¹ Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С. 33; Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. 1992.

работе рассматривается через призму феноменологической традиции. Процесс принятия решения можно представить в следующей последовательности: 1. определение ситуации, ее категоризация по различным значимым критериям (кстати, критерии тоже могут проходить отбор); 2. отбор альтернативных решений на основе культурного знания (или «запаса наличного знания» в терминологии Шюца); 3. выбор решения, субъективно воспринимаемого как наиболее приемлемого («правдоподобного»); 4. постфактумная оценка решения (оценка решения после его совершения с последующей корректировкой степени его правдоподобности)¹.

Итак, в ситуации «дебюта болезни» при появлении симптомов человек последовательно сталкивается с целой цепочкой решений, которые он должен принять. Первые решения – обращать внимание на соматические изменения или не обращать, если обращать внимание, то что предпринять – самостоятельно справиться с проблемой или обратиться за профессиональной помощью. Поиск решения начинается с определения ситуации или ее категоризации с точки зрения серьезности, боли, оценки последствий, восприятия степени риска. Исследование показывает, что реакция на первые проявления болезни зависит не только от особенностей протекания недуга, но и от социально-культурных и индивидуальных особенностей человека. Это подтверждают многие эмпирические исследования, как западных, так и российских авторов². «Исследования свидетельствуют: многим свойственно недооценивать важность симптомов. Процесс их распознавания достаточно сложен и происходит обычно в попытках положиться на знания, почерпнутые отчасти из собственного жизненного опыта, отчасти из общения с теми, к кому обратился за помощью и советом»³. Иллюстрацией ошибочной категоризации своего состояния является случай информанта, когда симптомы инфаркта были приняты за проявления остеохондроза: *«[реакция пациента на то, что ему поставили инфаркт] Не*

¹ Феноменология выбора и процесс принятия терапевтических решений более подробно изложен в 1 главе

² Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. 1980; Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994; Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни //Социологические исследования.1993. №3.

³ Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни... 1993.

верила, потому что не было такого... Ну, там, где-то в груди болит, отдает, но у меня остеохондроз, думала, от этого может болит» (жен., 76 лет, сердечно-сосудистое заболевание, псориаз). В данном случае идентификация проблемы происходила на основе повседневного (медицинского) знания, источником которого стал личный опыт другой болезни. Таким образом, решение не обращать внимания на симптом было связано с ошибкой идентификации проблемы при ее сопоставлении с имеющейся в пациентском сознании классификацией болезней. В интервью отсутствие реакции на проблему обосновывалось ее восприятием как понятной, несерьезной, не имеющей тяжелых последствий, соответственно, формировалась уверенность, что проблема сама собой пройдет. Вот, еще одна иллюстрация ошибки определения симптома как несерьезного на основе повседневного знания: «Шишка была, она росла, но я и подумать не могла, что это рак» (жен., 56 лет, рак молочной железы).

Итак, как уже упоминалось, в ситуации осознания необходимости терапевтических действий, когда пациент на основе культурного знания оценивает свое физическое состояние как требующее лечения, можно выделить две альтернативы – самостоятельное лечение болезни или обращение к профессиональной медицинской помощи (альтернативные медицинские системы при первом выборе в качественных интервью не встречались).

Самостоятельное назначение терапии может основываться как на личном опыте использования лечебных препаратов (если есть болевой синдром, то чаще всего ограничиваются использованием болеутоляющих препаратов), так и на информации, получаемой от родственников, друзей, из телевизионных программ и интернет источников¹. В этих случаях заболевший сравнивает свои симптомы с симптомами других, иногда даже сам устанавливает причинно-следственные связи, сам «ставит» себе диагноз. При самолечении, как и в выше описанных ситуациях полного отказа от какой-либо терапии, часто субъективная оценка

¹ В конце XX века появляется термин «электронный пациент» («e-patient»). Это пациент, который с помощью интернет технологий осуществляет поиск информации для активного участия в процессе своего лечения, а также создает собственный контент о своем опыте лечения. Этот термин подчеркивает важность современных информационных технологий в жизни хронического пациента (см. Н.Белоусова Использование интернета пациентами с хроническими заболеваниями г. Самара: эмпирический анализ //Телескоп. 2019. №2).

симптомов и категоризация соматического состояния в дальнейшем оказывается ошибочной.

Можно выделить несколько основных факторов (критериев выбора), влияющих на отказ информантов от профессиональной медицинской помощи (чаще всего это ситуация «отложенного» обращения): 1. субъективная оценка симптома как несерьезного, уверенность в том, что самостоятельно можно справиться с проблемой; 2. аффективная составляющая – страх знания (страх постановки диагноза), страх перед врачами (эффект «белого халата»); 3. низкий уровень доверия системе здравоохранения: *«В нашей стране страшно стареть, страшно болеть»* (жен., 61 год, ХОБЛ).

Аффективная составляющая в этой классификации требует отдельного пояснения. Безусловно, невозможно отрицать влияние аффективного компонента на поведение человека в ситуации болезни, также как и невозможно отрицать социокультурной природы страха перед врачами. Однако, следуя методологическим принципам когнитивной медицинской антропологии, медицинский выбор пациента концептуализируется как рациональный процесс, в который эмоции встроены¹. Другими словами, в когнитивной теории отсутствует само противопоставление рассудка и эмоции².

Также в качестве мотивов отказа от обращения к врачу назывались такие, как отсутствие времени, привычки лечиться, отрицательное отношение к лечению в целом, которые могут являться неартикулируемым недоверием к медицинским учреждениям, или отсутствием культуры заботы о себе и, соответственно, обоснованием своего бездействия. В некоторых интервью информантам сложно было ответить на вопрос о причинах отказа от профессиональной помощи.

Боль или другие интенсивные проявления болезни (например, потеря сознания, нарушение дыхания), как правило, являются сигналом к оценке своего состояния как серьезного или опасного, однако, даже в такой ситуации среди интервьюируемых встречались информанты, которые не сразу принимали

¹ Damasio A.R. *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Avon Books 1994

² Garro L.C. *On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities*. 1998.

решение обратиться к врачу или вызвать скорую помощь. *«... началось с таких сильных болей, которые приводили меня в шок, и я падала в обморок от болевых ощущений, просто я не понимала, что это такое»* (жен., 55 лет, заболевание ЖКТ). Информант отмечает, что в один из таких эпизодов потери сознания скорую помощь вызвали коллеги по работе, и только после этого она начала лечение заболевания. До этого момента справлялась самостоятельно (обезболивающее, нош-па, холод на живот). Объяснить отказ от обращения к врачу ей было очень сложно, только после серии уточняющих вопросов, она сформулировала это так: *«Полежу, чтобы не беспокоить никого. Конечно, чаще всего случалось по ночам. Ну, что я буду сейчас всех беспокоить. Сейчас с мужем как-то тихонечко. Да, тихонечко, а зачем беспокоить всех? Сейчас полежу и все пройдет»* (жен., 55 лет, заболевание ЖКТ). Информант не оценивала свое состояние как угрожающее, была уверена, что оно пройдет.

В качестве основных факторов обращения за профессиональной медицинской помощью к врачу, как правило, выступали следующие:

1. объективное течение болезни с сильными клиническими проявлениями;
2. субъективные оценки своего состояния, как требующего вмешательства врача;
3. отсутствие знания о болезни и способах ее лечения.

Итак, осознание человеком необходимости обращения за медицинской помощью влечет за собой следующий шаг – выбор места лечения и врача¹. С точки зрения места лечения (места работы врача) в российской системе здравоохранения можно выделить следующие альтернативы: врач поликлиники (терапевт, узкий специалист); врач стационара или поликлинического отделения больницы; врач частной клиники; врач, имеющий свой частный кабинет; врач, работающий вне формальной системы здравоохранения («теневая» медицина). Статус медицинского учреждения может играть важную роль в принятии решения. Например, статус врача больницы для пациентов гораздо выше, чем

¹ Речь здесь идет только о конвенциональной медицине, поскольку в рамках качественного исследования не было выявлено обращений к специалистам неконвенциональной медицины в ситуации дебюта болезни.

врача поликлиники. С точки зрения, выбора *формы оплаты* медицинских услуг – оплата по ОМС, ДМС или из личных средств пациента.

Можно выделить две основные линии поведения.

Во-первых, обращение в поликлинику по месту жительства. Чаще всего это выражается в выполнении определенного алгоритма действий в соответствии с системой бесплатного медицинского страхования (ОМС): сначала участковый врач поликлиники, который при необходимости направляет к узкому специалисту поликлиники или в специализированный диспансер¹. Безусловно, мотивами такого поведения может быть финансовая доступность медицинских услуг по полису ОМС, доверие конкретному врачу или государственным медицинским учреждениям. Однако, некоторые информанты, для которых характерна эта модель поведения, очень удивлялись вопросам о мотивах своего решения обратиться в поликлинику, поскольку они не осуществляли целенаправленный поиск и выбор конкретного врача или места лечения. Такое поведение формируется на основе «естественной установки»² относительно взаимодействия с институтом медицины.

Во-вторых, поиск и выбор врача и(или) места лечения на основе сравнения альтернативных вариантов по значимым для информанта критериям. В данном случае чаще всего речь идет об обращении за медицинской помощью на платной основе.

В качестве основных факторов, влияющих на выбор врача при первичном поиске, можно выделить следующие: оценка серьезности симптомов; оценка материальных возможностей; рекомендации, опыт других и личные знакомства; степень доверия врачам, имеющим разный статус, работающим в частной или государственной системе здравоохранения. Однако, к более детальному анализу проблемы выбора врача еще будем возвращаться.

¹ В данном контексте учитываются только случаи, не требующие экстренной госпитализации.

² В соответствии с методологией исследования с опорой на феноменологическую теорию выбора привычное поведение или поведение на основе «естественной установки» является рациональным, поскольку, во-первых, формированию установки предшествует выбор, а, во-вторых, присутствует момент идентификации ситуации с точки зрения ее соответствия этой установке.

В рамках второй ситуации болезни происходит постановка диагноза и назначение лечения и это вызывает переопределение состояния пациента, часто сопровождается «шоком», «депрессией», и, соответственно, адаптацией к своей новой идентичности. *«В данном случае, когда человек живет своей размеренной жизнью, не о чем не задумывается, вдруг это сваливается, как что – то такое непонятное, и ты оказываешься по той стороне баррикады, т.е. там здоровые люди, а ты на другой стороне, и ты не понимаешь, а почему так произошло, и что теперь делать, и что дальше – то»* (жен., 48 лет, болезнь крови).

Еще одной важной характеристикой второй стадии болезни является конфликт картины болезни пациента и врача, конфликт логики клинициста и пациента («конфликт интерпретаций» в терминологии П.Рикёра¹). Данный аспект подробно описан в работах Артура Клейнмана².

И соответственно, по итогам первого назначения врача можно выделить различные терапевтические решения – полное или частичное принятие диагноза/лечения или отказ от него, поиск другого врача, поиск альтернативных решений.

Выбор стратегии выполнения назначений врача – полное следование или комплаенс (можно выделить «слепое» следование и рациональное следование); частичное; отказ от следования рекомендациям или нонкомплаенс.

Касательно комплаенса в форме «слепого» следования, как правило, звучали такие реплики: *«А так, все делала, что говорили, потому что это страшная болезнь, если бы не делала, то умерла. (...)Мне просто врач сказал, что надо делать то-то и то-то. И всё»* (жен., 56 лет, рак молочной железы).

В интервью встречались эпизоды, когда серьезное влияние на приверженность терапии оказывала семья, близкие: *«...и благодаря, наверное, стараниям Олега [муж информанта] я как-то в режим нормальный вошла и начала лечиться нормально. Он меня года два пытался в какую-то схему засунуть, я просила, дай*

¹ Рикёр П. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. 2008.

² Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. 1988; Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018

мне выходной, т.е. он мне пытается засунуть таблетки, а у меня уже истерика, ну, т.е. это вот очень тяжело».

Частичное следование или отказ от прописанного лечения могут быть вызваны разными факторами:

1. отрицательным отношением к данной терапии, неуверенностью в ее полезности, необходимости (такое отношение может быть результатом ошибок коммуникации врача и пациента или формироваться на основе «культурного знания» пациента). *«Мне сказали, что поддерживающая доза 2, но опять-таки я сама себе снизила до 1 (смеется)»* (жен., 45 лет, системная красная волчанка);

2. индивидуальными особенностями характера пациента или отсутствием культуры заботы о себе, ценности здоровья (невнимательностью к лечению, неорганизованностью человека): *«Я очень неорганизованный пациент (смеется), (...) про себя я все время забываю, выпить ту же таблетку...»* (жен., 43 года, артроз коленного сустава);

3. постфактумной оценкой в результате побочных эффектов, которые дополнительно формируют отрицательное отношение к терапии. *«Оно очень сильно действует на всё отравляюще. Ну, как яд.»* (жен., 56 лет, рак молочной железы).

Также в рамках второй ситуации (постановка диагноза) может осуществляться *поиск другого врача*, по причине недоверия предыдущим специалистам или потребности получить второе мнение.

Надо отметить, что приверженность первоначальной терапии может быть нарушена спустя время, если лечение не оправдает ожиданий пациента или перестанет приносить результат. Тогда начинается поиск других решений: другого врача, или самостоятельный поиск другой стратегии лечения, а некоторые информанты именно на этом этапе обращаются к неконвенциональной медицине. В рамках второй ситуации такое обращение может происходить либо от безысходности, по принципу «метода проб и ошибок», либо в соответствии с доверием альтернативным формам медицинского знания.

Особого внимания заслуживает ситуация, когда больной попадает в больницу (кстати, если он находится в сознании, решение о госпитализации – это тоже предмет выбора). Больница – это особый мир, здесь сильнее проявляются властные отношения при интеракции врача и пациента¹. Отказ пациенту в возможности рефлексии относительно схемы лечения: *«Аннотация для врача, не для вас [на просьбу пациента предоставить аннотацию]»*; восприятие пациентом ситуации в больнице как отсутствие возможности выбора: *«Я же в больнице лежала, там какой выбор, там никто не спрашивает, не до этого было, думать, что правильно, что нет»*; и, безусловно, проявление силы экспертного мнения, которое характерно для любой коммуникации врача и пациента и служит инструментом преодоления разрыва между логикой пациента и врача: *«Они меня убедили»* (с негативной коннотацией) или *«Они мне объяснили»* (с позитивной коннотацией). Как будто стены больницы формируют особое пространство, в котором пациент теряет свою субъектность, способность принимать решения. Больница задает субъект-объектные отношения между врачом и пациентом, можно сказать, что здесь более, чем при амбулаторном лечении проявляется технократический медицинский дискурс (обозначенный в такой формулировке в работах В.М.Розина², Д.Витулкаса³), согласно которому «больной – это пассивный объект вмешательства, желательно без помех и сопротивления, поскольку доктору "лучше знать"»⁴. Информанты сталкивались с таким подходом не только при стационарном лечении. Вот как пациентка описывает ситуацию, когда врач сделал укол не предупредив, что это гормональный препарат: *«Если бы я знала, если бы он мне сказал только, что в его составе, что там гормоны. Об этом решении я конечно жалею»* (жен., 40 лет, разрыв мениска).

Итак, модель медицинского выбора в рамках первой и второй ситуации болезни («дебюта болезни» и постановки диагноза/назначения терапии) можно представить схематично, выделив только самые типичные решения и факторы.

¹ Фуко М. Рождение клиники. 1998.

² Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. 2000. №1.

³ Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. 2008.

⁴ Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. 2008. С. 38-39.

Итак, в ситуации «дебюта болезни» можно выделить следующий набор основных терапевтических решений:

1. самостоятельное лечение:
 - а) медикализированное;
 - б) немедикализированное;
 - в) сочетание медикализированного и немедикализированного (комбинированная форма самолечения) .
2. обращение к врачу биомедицины:
 - а) в государственной клинике;
 - б) в частной клинике;
 - в) поиск «своего врача» , вне зависимости от типа медицинского учреждения.

Несмотря на то, что медицинский выбор – это многофакторный процесс, можно выделить фактор или несколько факторов, определяющих каждое терапевтическое решение. В терминологии Гарро – это правила принятия терапевтических решений: «правила выбора, под которыми подразумеваются определенные комбинации условий, приводящие к конкретному действию»¹.

Выбор между самостоятельным лечением и обращением к врачу определяется следующими факторами: оценка состояния с точки зрения степени серьезности заболевания, боль и другие интенсивные проявления, культурные знания (как представления о медицине, лечении и болезни).

Основным правилом выбора самостоятельного лечения для больного, у которого только начинает развиваться новое для него хроническое заболевание, является оценка своего состояния как несерьезного, неопасного.

Правило выбора формы самолечения (медикализированное, немедикализированное или их сочетание) определяется культурными знаниями пациента о том, как и чем нужно лечить определенные болезни.

Решение обратиться за профессиональной медицинской помощью к врачу биомедицины формируется в результате действия следующих условий: оценка

¹ Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. 1994. P.141.

своего состояния как серьезного; боль и другие симптомы, с которыми не получается справиться самостоятельно; культурные знания (в данном случае прежде всего имеется в виду доверие медицинскому знанию).

Правило выбора формы биомедицинской помощи связано с отношением пациента к различным медицинским институциям (к медицинским учреждениям различной формы и врачам), а также с финансовой доступностью платных медицинских услуг для пациента.

Вторая ситуация (ситуация постановки диагноза и назначения лечения) ознаменована следующим набором решений:

1. проверять или не проверять диагноз;
2. проверять или не проверять назначение врача;
3. уровень приверженности лечению:
 - а) комплаенс;
 - б) частичный комплаенс;
 - в) нонкомплаенс.

Правила выбора из репертуара терапевтических решений второй ситуации определяются – фактором доверия конкретному врачу, технологии диагностики или определенной стратегии лечения; рациональным фактором (сбор мнений); эмоциональным фактором в случае серьезных диагнозов (страх).

Специфика хронической болезни заключается в ее необратимости, когда индивид не может вернуться к прежнему состоянию и в биологическом смысле (т.е. невозможно полное исцеление, только стремление к длительной ремиссии), и в социальном смысле (как правило болезнь требует изменений образа жизни, как минимум больше контроля за своим состоянием, больше внимания здоровью, и это подчеркивали все информанты). Поэтому, учитывая различия в поведении хронических больных на разных этапах развития болезни, были выделены три ситуации болезни. В этом параграфе мы рассмотрели специфику медицинского выбора в самом начале болезни – в ситуации «дебюта болезни» и постановки диагноза/назначения терапии. В следующем параграфе рассмотрим особенности

выбора в ситуации, когда болезнь конституирована как хроническая и на языке медицины, и в сознании пациента.

2.2 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений пациентами в ситуации хроникализации болезни

Третья ситуация – это ситуация, когда болезнь приобретает статус хронической и в медицинской карте пациента, и в его субъективном восприятии. Такие пациенты часто говорят о своей болезни не только на языке субъективных смыслов и значений, но и на языке профессиональной медицины, на языке «disease» в терминологии А. Клейнмана¹.

Безусловно, если речь идет о хроническом заболевании, которым человек страдает не первый год, то вполне логичным может выглядеть объяснение поведения уже сформированными схемами. Но это не исключает наличие процесса выбора. Даже в ситуации типичного обострения терапевтические решения не принимаются автоматически, в любом случае запускается весь процесс принятия решения – идентификация ситуации, затем оценка альтернативных решений с последующим выбором. Тем более, что ситуации обострения хронического заболевания редко бывают абсолютно идентичными предыдущим, изменения могут быть связаны с разными аспектами: с протеканием самой болезни (прогрессирование заболевания, появление сопутствующих заболеваний, эффект привыкания к лечению), с внешними обстоятельствами (изменение материального положения пациента, уход врача на пенсию), с появлением нового знания о способах лечения. Поэтому даже с учетом накопленного личного опыта и сложившихся моделей поведения хроническая болезнь всегда ставит пациента перед выбором конкретного решения в конкретной ситуации. Следовательно многие описанные в предыдущем параграфе вопросы медицинского выбора могут быть актуализированы и здесь: некоторые продолжают поиск врача или альтернативных схем лечения. Хотя нельзя не

¹ Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. 1988.

признать, что знания пациента с опытом болезни становятся более полными, обогащенными информацией из разных источников. Поэтому решения становятся более взвешенными, обоснованными. Более того, меняется отношение к болезни, и соответственно, эмоциональный фон: *«Лет десять назад я приходил в какие-то, там, не знаю, ну, не в панику, конечно, не в депрессию, но как-то грустно становилось, а сейчас уже нет (...) Я прекрасно знаю, что наступит после ремиссии, наступит снова обострение, потом снова ремиссия, это нормальный процесс»* (муж., 37 лет, псориаз); *«(...) Но я с этим уже привыкла жить»* (жен., 43 г., артроз коленного сустава, гастродуоденит, гиперплазия эндометрия). И эти отличительные особенности данной ситуации выбора составляют специфику структуры выбора и процесса принятия решения на данном этапе развития болезни.

Итак, какие же можно выделить сложившиеся модели медицинского выбора хронических пациентов? Остановимся на проблеме выбора между биомедициной (конвенциональной) и неконвенциональной медициной, т.е. между различными медицинскими концепциями (системами медицинского знания). Как уже отмечалось, в институциональном поле российского здравоохранения представлена и конвенциональная, и неконвенциональная медицина, что обеспечивает заболевшего возможностью выбора. Эмпирический анализ выкристаллизовывает две стратегии выбора – следование одной медицинской концепции (моновыбор представлен обращением к биомедицине или к неконвенциональной медицине) и следование нескольким медицинским концепциям (комбинированный выбор на основе дивергентной рациональности¹).

При этом большая часть информантов преимущественно следуют одной медицинской концепции – биомедицинской. *«Если взять мое заболевание, если бы на тот момент, когда я уже сам начал понимать, что у меня сахарный диабет, и если бы я обратился к народной медицине, а не пошел бы в больницу, то сейчас я бы с вами уже не разговаривал»* (муж., 22 г., сах.диабет). Обращение

¹ Как уже упоминалось выше концепт дивергентной рациональности обосновывает рациональность действий человека, придерживающегося нескольких линий поведения при решении одной проблемы.

к биомедицине рассматривается информантом как необходимое условие для выживания при такой хронической болезни.

«Я всегда слушаю врачей, потому что я, как бы, за научную точку зрения, потому что сама учитель. Вот. И я не думала, даже не сомневалась (...) в советах специалистов никогда, нисколько, наоборот, придерживалась» (жен., 42 г., гипертония, сах.диабет). Это иллюстрация доверия биомедицинскому знанию, экспертному мнению врача. Любопытно, что в интервью женщина рассказывала об удачном опыте иглотерапии для сына, но на вопрос о личном обращении к данной медицинской практике ответила, что *«не было необходимости»*. В соответствии с представлениями информанта способ лечения ее заболеваний однозначен и не вызывает сомнений.

Анализ данных позволяет выделить основные критерии (факторы), определяющие выбор биомедицины: 1) доверие как научно обоснованной системе знания; 2) оценка биомедицины как эффективного средства лечения для конкретной болезни; 3) абсолютное недоверие неконвенциональной медицине и неконвенциональным врачам.

Моновыбор в пользу неконвенциональной медицины представлен единичными случаями. Он определяется следующими критериями (факторами): 1) доверие неконвенциональной медицине как системе медицинского знания; 2) оценка средств неконвенциональной медицины как эффективных для конкретного заболевания; 3) недоверие биомедицине, оценка средств биомедицины как вредных для здоровья. Формирование подобных культурных представлений часто происходит на фоне негативного опыта лечения в рамках биомедицины, негативного опыта взаимодействия с конвенциональными медицинскими учреждениями и врачами, и, наоборот, положительного опыта обращения к неконвенциональной медицине.

Вот пример из интервью: *«У меня выбор очень ограничен. Я четко пойду к своему доктору, который еще ни разу не обманул моих ожиданий. Гомеопат»* (женщина, 63 года, астма). В данном случае сформировано доверие гомеопатии

как эффективному способу лечения. И здесь как раз проявляется роль врача-гомеопата в формировании доверия.

Для другого информанта основным критерием выбора народной медицины является оценка лекарственных препаратов биомедицины как вредных для здоровья: «Ну, во-первых, ни в коем случае никаких таблеток, во-вторых, больше народные средства, всякие там, травы – не травы, но что-то терапевтическое, но не связанное с врачебными практиками» (мужчина, 46 лет, гипертония).

При этом информанты-приверженцы неконвенциональной медицины не исключали возможности обращения за помощью к конвенциональному доктору в ситуациях, которые были обозначены ими как «крайние», когда альтернативная медицина не может помочь.

Надо отметить, что использование нескольких медицинских концепций характеризуется многообразием форм. Во-первых, в случае нескольких хронических заболеваний дивергентность может проявляться по-разному: первый вариант – выбор разных концепций для разных болезней, т.е. разные проблемы со здоровьем решаются в рамках разных типов медицины (например, одна болезнь лечится в рамках биомедицины, а другая в рамках народной медицины), тогда это дивергентность относительно подхода к лечению в целом.

Во-вторых, дивергентность в выборе типа медицины в рамках одного заболевания также проявляется по-разному. Можно выделить две модели – комплементарное сочетание разных концепций или сочетание по модели доминантная концепция и дополнительная, которая используется как поддерживающая основное лечение.

| Комбинированный выбор | | |
|---|--|--|
| Использование пациентом нескольких медицинских концепций. Но для каждой болезни – моновыбор (одна болезнь - биомедицина, другая - народная медицина) | Сочетание нескольких альтернативных медицинских концепций для каждой болезни | |
| | Комплементарное сочетание нескольких концепций | Одна концепция – доминантная, другая – дополнительная. |

Рисунок 2.1 – Модели комбинированного выбора медицинских концепций для лечения нескольких хронических болезней

Выше уже упоминалось, что в соответствии с культурными знаниями информантов при идентификации заболевания как серьезного (тяжелого, опасного, угрожающего жизни) типичным является обращение к биомедицине. Поэтому в такой ситуации применение альтернативных способов лечения в рамках комбинированного выбора использовалось информантами в качестве дополнительного средства или для второго заболевания, которое они не оценивали, как угрожающее. Кстати, встречались эпизоды, когда использование трав, восточных медицинских практик советовали конвенциональные врачи. Такая интеграция медицинских систем в профессиональном сообществе упоминается информантами, использующими различные концепции. В такой ситуации использование альтернативных медицинских практик, средств лечения продиктовано доверием к экспертному мнению конвенционального врача.

Для иллюстрации комбинированного медицинского поведения приведем слова информанта, которая обращалась к биомедицине в ситуации «*страшной болезни*» (онкологического заболевания), в тоже время для общего укрепления организма и других хронических болезней она предпочитает народную медицину и энергию Рейке. Итак, вот как осуществляет выбор биомедицины пациент, в структуре знаний которого, с одной стороны, представление о биомедицине как о губительном для организма подходе к лечению, с другой стороны, есть определенный перечень заболеваний, которые лечатся только биомедициной: «*(...) все делала, что говорили, потому что это страшная болезнь, если бы не делала, то умерла. (...) Мне просто врач сказал, что надо делать то-то и то-то. И всё*». Таким образом, мы имеем дело со сформированным правилом терапевтического решения. Идентификация информантом онкологии как угрожающей жизни, «*страшной болезни*» приводит в действие эту культурную схему с соответствующим выбором. Однако, это тяжелый выбор для пациентки, поскольку она предпочитает альтернативную медицину (народная медицина и энергия Рейке):

«*Поэтому я ищу какие-нибудь народные. (...) Прополис! Тоже во многих болезнях помогает(...)* Энергия Рэйке. Слышала о таком? (...) У меня еще к этому

наклонности есть, мне нравится все такое вот. Управлять энергией... каждый человек может вылечить себя сам. В это я очень верю и знаю, что это существует. Тонкий мир вот этот, да. Поэтому врачи для меня – это толстый, в смысле плотный мир, врачи, которые в поликлинике сидят, у них есть шаблоны, которыми они пользуются, они в сторону уйти не могут, самостоятельно чем-то полечить другим, хотя бы народными средствами...у них одни лекарства». (жен., 56 лет, рак молочной железы).

Итак, в ситуации комбинированного выбора – обращения к разным медицинским системам в зависимости от случая – основным правилом принятия решения является субъективная оценка заболевания с точки зрения опасности и представления о способе лечения конкретного заболевания.

Некоторые пациенты-хроники, несмотря на сложившиеся схемы поведения и знания, испытывают потребность в поиске новых решений, в том числе и в поле альтернативной медицины. Опыт такого пациента с 20-летним стажем болезни псориазом, который на протяжении всей истории болезни обращался к разным практикам лечения – различные биомедицинские схемы лечения, в том числе на тот момент новая ПУВА-терапия (сочетание ультрафиолета и приема тяжелых препаратов, снижающих защитные функции кожи от ультрафиолетового облучения), народная медицина (обращение к «бабке», советы на пациентских форумах – солидол), климатотерапия (Мертвое море), лечение гипнозом. Процесс принятия каждого своего решения он описывает так: *«Это не то что, вот, я выбирал – вот это вот, или вот это, там, рассмотрев все минусы здесь, все плюсы здесь. Просто от безысходности – а давайте попробуем. Попробовали»* (муж, 37 лет, псориаз). Этот пример описания своих решений иллюстрирует идею, что катализатором действий могут стать не только культурные схемы, сложившиеся в убеждения для конкретного пациента, но и другие схемы, представленные в культуре.

И только последние несколько лет он остановился в поиске новых решений, поскольку убежден, что попробовал все, что существует на сегодняшний момент, и выработал свою *«методологию лечения»*: снимает обострение с применением

нескольких биомедицинских препаратов из списка рекомендованных врачом, осуществляет постоянный уход за кожей средствами самостоятельно подобранными «методом проб и ошибок», климатотерапия для более длительной ремиссии.

Для понимания процесса медицинского выбора очень важным представляется понятие «интерпретативное правдоподобие», согласно которому все альтернативы имеют разную степень достоверности – от слепого верования до эмпирической достоверности. Эмпирическая достоверность «работает» до появления опровержения, после которого степень правдоподобности снижается¹. Иллюстрация этого процесса представлена в следующей цитате из интервью: *«(...) когда он [хронический больной] совсем, так сказать, в стену упирается и тут ему «опа» – а вот давай, вот это попробуй. Ну, давай. Негативный опыт. Ну, хорошо. Выкинули эту банку, собственно, всё, и забыли. Пошли что-нибудь другое искать»* (муж, 37 лет, псориаз).

Отдельного внимания достойно описанное тем же информантом обращение к «бабке»: *«Ну, это даже не народная, народная... Ну, можно назвать и народной медициной, хорошо. Отец у меня услышал, что вот где-то там, где же это, (...) Какое-то село там (...). В общем, там какая-то, какая-то бабка есть, она там всех чё-то лечит, типа, отец говорит, типа, поехали, туда съездим. Хорошо, поехали. (...) В общем, в итоге, (...), она чё-то там замутила (...), короче, каких-то кореньев она там пошла в лес, насобирала, их перемолола, смешала с вот этой вот, с дегтем, добавила вот этой вот штуки, там, яда этого. И сказала этим мазаться, собственно. Вонючее, жуть как воняла эта штука. Я мазался, представляете? Кроме вони, ничего не было. (Смеётся.)»* (муж., 37 лет, псориаз).

В описании, которое дает информант, чувствуется пренебрежительное отношение, информант использует множество «лишних» слов, испытывая стеснение от этого опыта, затрудняется давать определения своему поведению, подчеркивает, что это решение отца, но дает вполне определенную

¹ Щюц, А. Избранное: Мир, светящийся. М.: РОССПЭН, 2004.

постфактумную оценку этого решения, которую он сформулировал в результате отсутствия эффекта. Рассказ информанта лишь подтверждает мысль о том, что не только интериоризованные культурные знания, ставшие для человека убеждениями и имеющие высокий уровень правдоподобности, способны мотивировать к действию. В определенных обстоятельствах человек выбирает из имеющихся альтернативных вариантов решения с низкой оценкой достоверности, но представленные в культуре.

Взаимодействие личного опыта и культурных знаний хорошо просматривается в двух других случаях, представленных в рамках фокус-группы. При описании решений в случае нетипичного обострения болезни среди участников группы были представлены две противоположные позиции – конвенциональный доктор vs классический гомеопат: *«Я сразу к врачу пойду (...) А куда еще?(...) Все остальные шарлатаны»* vs *«У меня выбор очень ограничен. Я четко пойду к своему доктору, который еще не разу не обманул моих ожиданий. Гомеопат»*. В итоге выяснилось, что опыт взаимодействия с гомеопатией был у обеих участниц. Но в одном случае он был отрицательный и подтвердил убеждение *«Все остальные шарлатаны»*, а в другом случае он был положительный и сформировал противоположную модель: *«(...)Гомеопат. С 2010 года только это»*.

Надо отметить, что среди тех немногих информантов, у которых неконвенциональные медицинские практики вошли в постоянный репертуар пациентских решений, из всех возможных разновидностей альтернативной медицины самым популярным стало использование средств народной медицины в рамках самостоятельного лечения. Они оцениваются как безопасная форма лечения, данная самой природой, но неэффективная для решения серьезных проблем, угрожающих жизни.

Что касается биомедицинских препаратов, то во многих интервью мы встречаем тревогу по поводу их опасного влияния на организм человека. Информанты, с одной стороны, придерживаются позиции, что биомедицина для лечения многих заболеваний единственное эффективное решение, с другой

стороны, убеждены в отрицательном влиянии определенных разновидностей биомедицинских препаратов. Ниже приведены цитаты из интервью, некоторые звучат как «крик души».

Отношение к гормональным препаратам. *«А я не хочу много инсулина. Я хочу меньше его. Мне все время, постоянно хочется поменьше вкалывать [заметное волнение]. Я боюсь его. Это гормон. Это гормон»* (жен., 64г., сах.диабет). Однако, эта женщина, которая имела успешный опыт иглотерапии и гомеопатического лечения дисфункции щитовидной железы, изначально при постановке диабета, сразу начинает наблюдаться у конвенционального доктора. Правда, надо отметить, что для данного пациента назначение инсулина проходило в больнице под давлением врачей. Однако, до этого информант 7 лет принимала биомедицинские препараты, поскольку в ее представлениях о способах лечения диабета обращение к неконвенциональной медицине не было представлено как возможное решение.

Отношение к препаратам биомедицины в целом. *«Я всю жизнь к таблеткам относилась очень отрицательно, каждая таблетка – это какая-то химия. Я всегда против химии. Я понимаю выпить таблетку от головной боли. Выпила-прошла, всё. И до следующего раза. А постоянно пить, я не знаю, мне кажется я просто зашлаковываю свой организм.»* (жен., 56 лет, рак молочной железы).

При этом амбивалентность выбора заключается в том, что негативно оценивая терапию в рамках биомедицины, информанты часто не видят для себя других альтернатив. Преодоление этого диссонанса происходит через уменьшение лекарств, доз, времени лечения, в некоторых случаях это приводит к дивергентности в выборе пациента.

Итак, выбор медицинской концепции представлен несколькими моделями – моновыбор (преимущественно конвенциональной медицины) и комбинированный выбор с разным соотношением конвенциональной и неконвенциональной медицины.

Еще один принципиально важный аспект – выбор между самостоятельным лечением и профессиональным наблюдением. С точки зрения протекания болезни третья ситуация, как правило, представляет собой циклично сменяющие друг друга фазы ремиссии и рецидива. В период ремиссии можно выделить несколько стратегий: 1. постоянный прием лекарств, сдача анализов и проведение диагностических процедур, контроль врача с разной периодичностью; 2. постоянный прием лекарств, самоконтроль без посещений врача; 3. отсутствие терапии. В период рецидива также возможен вариант самостоятельного купирования обострения или обращение к врачу.

Пациенты с большим стажем болезни предпочитают самостоятельно осуществлять контроль ремиссии и снятие симптомов обострения. Они сами анализируют ситуацию, выявляют и минимизируют влияние причин обострения, «читают» результаты анализов, корректируют лечение (например, дозировку лекарства при диабете, болезни крови, гипертонии) или принимают решение о начале приема курса для снятия обострения по ранее прописанной доктором схеме (курсовое лечение). Это требует пристального внимания к «деталям» своей жизни, некоторые информанты говорили о ведении дневника своего состояния или питания. Поэтому В.Л. Лехциер жизнь хроника обозначает как «*жизнь-в-интерпретации*»¹.

«Нет, я всё делаю сам. Потому что я сам могу причины найти (...)К врачу часто обращаются на начальных этапах, когда ты болеешь первый год, когда ты к врачу можешь обращаться чуть ли не по каждому поводу, а потом всё приходит с опытом. Ты уже сам понимаешь, как решить ту или иную проблему» (муж., 22 года, сахарный диабет).

«...я знаю, что делать, у меня есть своя методология, что делать, когда приходит обострение» (муж, 37 лет, псориаз).

В этот процесс выстраивания лечения, контроля включаются и родственники: *«Вот мы и определили, что мы останавливаемся на препарате,*

¹ Лехциер В.Л. Предисловие: быть услышанным // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. 2012.

опять мы с Олегом, он для меня как гематолог, анализы смотрит, рассуждает, у нас по сути семейное лечение» (жен., 47лет, заболевание крови).

Итак, для пациентов с опытом болезни характерно обращение к врачу в «крайнем случае». Вот как информант описывает изменение своего решения от самостоятельного лечения до обращения к врачу в случае обострения болезни: *«Если обострилось, думаю сначала почему, потом могу ли себе помочь. Если нет - то к врачу, в последнюю очередь. Надо больше самим людям собой заниматься, чем вот полагаться на врачей. На себя больше надо полагаться, я считаю» (жен, 41 г., поликистоз, пиелонефрит, сах. диабет, подагра).*

Однако, как упоминалось выше и в рамках третьей ситуации возникают новые вызовы, которые требуют решений. В качестве примера – ситуация изменения схемы лечения в связи с ухудшением состояния. Информант описывает процесс принятия решения об инсулиновой терапии. *«Таким образом, на меня давили [врачи в больнице]. И додавили. Хотя, в тот момент, когда это все происходило, у меня был климакс, и я сама читала очень много, что во время климакса сама печень начинает вырабатывать этот самый сахар, глюкозу. То есть, это очень тяжелый момент надо пережить. Но, никто не хотел слушать». Здесь, кстати, события происходят в больнице. В предыдущем параграфе упоминалось, что в границах больницы медицинская власть имеет большую силу. Пациент оценивает ситуацию перехода на инсулин как ошибочную, у нее остается ощущение, что ее голос не был услышан – это сопровождается тяжелым чувством «своей вины перед собой»: «Была растерянность. Мне тогда не казалось это правильным. Мне не казалось. Мне и сейчас не кажется это правильным. Мне кажется, что я могла бы тогда, если бы мне кто-то помог из врачей. Но... и врач в поликлинике тогда была у нас жесткая. Она по столу – так вот и все. Никто меня не слушал. Не знаю. Я чувствую вину перед собой, что я не устояла. И как-то не перенесла это. В конце концов, так получилось» (жен., 64г., сах.диабет).*

В рамках третьей ситуации появляется сформированная стратегия взаимодействия с медицинскими учреждениями. Схематично можно выделить

следующие модели: 1. наблюдение только в поликлинике (положительный опыт или негативный опыт, «от безысходности»); 2. формальное наблюдение в поликлинике (получение льготных препаратов, бесплатных обследований, анализов, может сочетаться с дополнительным наблюдением у другого врача (чаще всего это врач стационара или частной клиники); 3. отказ от наблюдения в районной поликлинике, обращение к специалистам других медицинских учреждений; 4. отказ от наблюдения в каком-либо медицинском учреждении.

Вот, как описывает свое наблюдение в поликлинике пациентка, не имеющая возможности оплачивать свое лечение: *«Все случайность. Как повезет. На своем опыте убедилась. (...) Лотерейный билет. Только остается помолиться и идти. Больше никак. А что вы там говорите? Я выбираю? Ха-ха. Это смешно»* (жен., 61 год, ХОБЛ). Информанты, которые наблюдаются в государственных поликлиниках часто подчеркивают отсутствие выбора, удивляются вопросу о выборе. Хотя формально у пациентов есть возможность выбирать врача и поликлинику (это прописано в федеральном законе)¹. Но по факту это право очень сложно реализовать.

Вот как описывает поликлинику информант, который наблюдается там формально, для получения дорогостоящего препарата, а за консультацией обращается к своему врачу, принимающему в поликлинике стационара на платной основе: *«И со стороны сотрудников поликлиники никакой поддержки не было, для них мы, ну просто, конвейер, (...) они к людям относятся как к инструментам, деталям, документам...»* (жен., 47 лет, заболевание крови).

А вот, информант, которая отказалась от наблюдения в медицинском учреждении и старается минимизировать потребление биомедицинских лекарств, использовать народные средства и энергию Рейки, размышляет о бессмысленности обращения в поликлинику: *«А в поликлинике, у них есть шаблоны, которыми они пользуются, они в сторону уйти не могут, самостоятельно чем-то полечить другим, хотя бы народными средствами...у них одни лекарства. Я знаю, что лечить, чем лечить...»* (жен., рак молочной

¹ ФЗ №323 ст. 19, ФЗ №323 ст.21, ФЗ №326 ст.16 Приказ Минздрава № 407н

железы). Кстати, «обвинение» в шаблонности мышления звучит достаточно часто по отношению к врачам поликлиники.

Несмотря на то, что многие информанты очень низко оценивают общий уровень квалификации поликлинических врачей, однако есть и положительный опыт взаимодействия с конкретными врачами. Некоторые отмечают достаточность наблюдения в поликлинике, отсутствие необходимости искать какие-то другие варианты, учитывая накопленный личный опыт и знания.

Переведем фокус внимания на проблему взаимодействия пациента не с медицинским учреждением, а с конкретным врачом, скорее даже на тему формирования доверия к врачу. Как пишет А.Темкина: «Доверие – это один из центральных конструктов, который мотивирует выбор»¹. Концептуализация доверия к врачу достаточно сложная задача, оно содержит как рациональный, так и аффективный компонент. Но, для данного исследования концепт доверия значим, поскольку оно может выступать фактором выбора. Вслед за Е.Здравомысловой и А.Темкиной в изучении темы доверия в сфере медицины мы будем основываться на подходе предложенным П. Штомпкой, определяя доверие как культурный ресурс, обеспечивающий стабильность и предсказуемость деятельности социальных институтов². «Доверие — к институту или конкретному человеку — вносит предсказуемость во взаимодействия, помогает решить, как поступать в условиях, когда для обоснованного суждения недостаточно информации, а просчитать все варианты развития событий невозможно»³.

Анализ глубинных интервью позволил выявить специфику формирования отношения к врачу, доверия к нему на разных этапах взаимодействия:

1. До непосредственной коммуникации. (Не)доверие начинает складываться еще до непосредственной коммуникации с врачом, такое «гадамеровское

¹ Тёмкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. №3.

² Sztompka P Trust: a sociological theory. Cambridge: Cambridge university press, 1999; Здравомыслова Е.А, Темкина А. А. Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки // Общество ремиссии : на пути к нарративной медицине: сб.науч. тр. 2012. С.127.

³ Lewis J. D., Weigert A. Trust as a social reality //Social forces. 1985. Т. 63. №. 4; Бороздина Е.А. Логика оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях // Социология власти. 2017. №3. С. 84

предпонимание», складывается исходя из разных аспектов: место работы врача, статус врача, отзывы о нем /о клинике, общая установка на доверие/недоверие людям в «белых халатах». Другими словами, формируется на основе информации и культурных представлений. *«Тем более, врач, который меня принимал, он - друг моего друга, поэтому всё описал, всё сказал»* (жен, рак молочной железы, 56лет). В данном случае у пациента формируется доверие к врачу из своей социальной сети, прослеживается четкая причинно-следственная связь: знакомый, поэтому можно доверять.

2. Во время коммуникации. Влияние может оказать все – внешний вид, поведение, вербальная коммуникация – что говорит, как говорит.

«Но даже как вот она начала расписывать лечение, я поняла, что она меня в этом не видит. Она его расписывает так, как нужно. Вот есть схема, и вот я сейчас ее на эту схему посажу. А он сразу, когда посмотрел сказал: «Ты не попадаешь под схему обычную. Потому что у тебя есть ряд особенностей. Вот эта схема она может привести к ухудшению другого. Мы начнем лечить одно и погубим другое. Это нужно видеть». А она это не увидела. Или же не захотела увидеть, или к ней идет такая толпа народу. Она за этим не видит человека. Вот и все. Я пришла к нему, я сказала, что я была вот у нее. Он говорит: «Показывай, что она тебе написала». Сказал, что это нормальная, стандартная схема. да. Вот так все нормально, абсолютно. Но мы не идем. Если ты не против, то мы по ней не идем. Я сказала, что я не против. У нас абсолютно другие лекарства были. Абсолютно другие. Все другое. Все» (жен., 56 лет, заболевание ЖКТ). Важность индивидуального подхода, потребность пациента в особом внимании к себе, к своей проблеме. Также здесь подчеркивается партнерство в отношениях с врачом, врач обращается к пациенту – «если ты не против, то мы по ней (схеме лечения) не пойдем».

Или вот описание информантом восприятия врача, наблюдающего его в больнице: *«Нужно поверить этому доктору, что да, он вселяет, что да, он обладает знаниями, что обладает, так сказать, соответствующим подходом. Ну, очень важно как первый разговор состоится. Вот это общение. Возникает*

это доверие или не возникает. Как он ведет себя, как он к тебе относится, отвлекается ли он во время приема на какие-то телефонные звонки, уходит, приходит, или он занимается тобой. (...) То есть, вот, для меня это имеет существенное значение взаимоотношение, отношение с доктором, связь, так сказать. Приятен он, не приятен, так сказать, производит хорошее впечатление как квалифицированный специалист» (муж., 69 лет, почечная недостаточность). Особенно интересна формулировка информанта – «производит хорошее впечатление как квалифицированный специалист».

3. В ходе лечения, по результатам. Здесь доверие к врачу связано с тем, насколько позитивен оказался опыт лечения, насколько были оправданы ожидания пациента. *«Ну, процедура не из приятных, но как он это делает, вот только чувствовала благодарность.» (жен., 56 лет, заболевание ЖКТ). Спустя время отношение может меняться в результате возникших осложнений, побочных эффектов.*

Итак, доверие к врачу формируется и на основе относительно объективной информации о враче, и после положительного эффекта от терапии, и в результате коммуникации, когда врач подробно излагает все варианты лечения, объясняет причины, последствия, риски, создает эмоционально приятное общение, в котором пациент чувствует свою важность, значимость.

Врач, который вызвал доверие у пациента, может в последствии стать постоянным доктором. В исследовании выкристаллизовалась категория «свой» врач («конструкт первого порядка»). Эта категория требует дополнительного описания. «Своим» врач становится в том случае, если между пациентом и доктором установились особенные отношения. В большинстве случаев обязательным условием является сочетание «заботы» по отношению к пациенту (иногда почти родственной) и высокого профессионализма. Эти принципы были вписаны в концепцию «хороший врач» Клауса Дёрнера¹, который предостерегал современную систему здравоохранения от редукции позиции врача по отношению к пациенту к технократическому дискурсу. В свою очередь, Фриц Хартманн,

¹ Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. 2006.

размышляя над тем, насколько важно для хронических больных находиться под наблюдением такого врача приходит к понятию «хронический врач»¹. Надо сразу подчеркнуть, что далеко не все информанты артикулировали стремление найти такого врача, а из тех, кто проговаривал этот момент – не все реализовали эту задачу. Доктор, которого пациент может назвать «своим», может появиться как в результате целенаправленного поиска через социальную сеть знакомых или информации о его репутационном статусе, так и случайным образом.

Итак, категория «свой врач» наделяется информантами как рациональными компонентами, так и эмоциональными. У многих участников исследования даже выражение лица менялось – появлялась улыбка, когда они говорили о «своем враче», что подтверждает тесную эмоциональную связь. Обозначим некоторые моменты:

Особое значение для пациентов имеет вербальная коммуникация, в которой врач подробно описывает ситуацию, риски, все возможные альтернативы, но и прислушивается к мнению пациента. *«В любом случае, он объясняет, многие врачи не любят объяснять. А я человек, которому надо понять, если я не понимаю, то мне сложно это делать»* (жен., 48 лет, болезнь крови).

Индивидуальный подход. *«...[сравнивает другого врача со своим постоянным врачом] она за этими схемами не видит меня»* (жен., 56 лет, заболевание ЖКТ).

Особый род отношений, эмоциональная связь. *«Вот мы с ним да, мы с ним некоторое (...) время притирались. (...)Да, я поняла, что это мой врач, что это тот человек, который сможет мне помочь, и я должна ему подчиниться полностью. У нас уже сейчас такие сформировавшиеся отношения, мы уже как брат и сестра, которые не обижаются друг на друга. (...) Я могу позвонить ему в любое время дня и ночи. (...) При всем букете вторичного панкреатита, язвы двенадцатиперстной кишки и отсутствия частей некоторых органов, мы как-то с ним (примеч. о враче) живем очень хорошо»* (жен., 56 лет, заболевание ЖКТ).

¹ Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018.

Примечательно звучит фраза – «мы с ним живем очень хорошо». Она указывает на очень близкую связь с врачом, на партнерские отношения.

Или вот еще иллюстрация близких, почти семейных отношений: *«Потому что он излучает, во-первых, позитив. Он все время как-то меня успокаивает, он относится ко мне как будто бы я единственный пациент у него. Это очень важно. Он про тебя помнит, у меня есть его сотовый телефон. (...) это личное общение с врачом, когда он к тебе относится как к какому – то знакомому человеку, которого он знает много лет, и все про меня знает, это душу греет и хочется к нему ходить»* (жен., 48 лет, болезнь крови).

Зависимость от врача, привязанность, страх потерять: *«Все-таки, я надеюсь, что бог даст ему еще долгие-долгие годы. Что мы с ним будем вот именно так общаться. Его я пока не намерена менять. Ни под каким соусом.»* (жен., 55, заболевание ЖКТ).

Информанты постоянно подчеркивали именно коммуникативные навыки «своего врача» – не отвлекается, занимается тобой, интересуется твоим заболеванием, хочет тебе помочь, объясняет, поддерживает, заботится, всегда готов выслушать. Это очень приближено к основным принципам нарративной медицины, конституирующим важность индивидуального подхода, внимание к пациентскому нарративу, к субъективным смыслам болезни (narrative-based medicine - NBM)¹. Теоретики нарративной медицины подчеркивают важность нарратива не только с позиции психологического комфорта пациента (что уже немаловажно, поскольку это формирует доверие пациента к врачу, приверженность к лечению), но и для поиска оптимальной схемы терапии. Другими словами, без пациент-центричного подхода, внимания к индивидуальному течению болезни в конкретном организме, в конкретном жизненном контексте сложно подобрать оптимальное лечение, особенно в случае хронического заболевания. Как отмечает в своей монографии В.Л. Лехциер,

¹ Kalitzkus V., Matthiessen P. F. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice //The Permanente Journal. – 2009. Т. 13. №. 1; Charon R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness. – Oxford University Press, 2008.

анализируя работы Р.Шэрон : «... нарративизация ... – это путь к более эффективной медицине, а не только к более гуманной»¹.

Еще один важный аспект интеракции врача и пациента – это выбор между патернализмом и партнерством. Анализ интервью позволил эксплицировать разные позиции пациентов по этому вопросу. В медицинской антропологии сегодня обсуждают тему Shared medical decision making (SMD), эта модель утверждает принцип совместных решений, разделенной ответственности. «Совместное принятие медицинских решений – это интерактивный, динамичный процесс планирования лечения»². Западные исследования показывают, что далеко не все пациенты готовы к совместным решениям. Такая модель принципиально отличается от информированного принятия решений (informed decision making), когда пациент выбирает из предложенных врачом альтернатив или останавливается на рекомендованном лечении. Думается, что это перспективная тема для будущих дискуссий. Поскольку анализ некоторых интервью выявляет пациентов, испытывающих потребность в партнерских отношениях. Это особенно важно для хронических пациентов, имеющих многолетний терапевтический опыт, умеющих прогнозировать свое состояние при появлении первых симптомов обострения, хорошо представляющих механизмы действия препаратов и реакции своего организма на них.

Вернемся к центральному вопросу – каковы основания медицинского выбора пациента? В результате анализа интервью удалось выделить некоторые факторы, которые так или иначе влияют на решения человека в ситуации хроникализации болезни.

Можно выделить наиболее важные правила, которые определяют основные терапевтические решения в третьей ситуации болезни.

Выбор самостоятельного лечения в первую очередь определялся знанием о способах лечения, сформированным на основе длительного опыта болезни, а

¹ Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018. С.86.

² Frantsve L. M. E., Kerns R. D. Patient-provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making // Pain medicine. 2007. Т. 8. №. 1. С. 25-35.

также своеобразным чувством понимания себя, своего организма («лучше меня никто мой организм не поймет»). Это решение еще и продиктовано неудовлетворенностью пациентов организацией процесса оказания медицинской помощи и недоверием к врачам.

Серьезное обострение (в ситуации, которая идентифицируется пациентом, как серьезная, угрожающая) приводит, как правило, к выбору профессиональной помощи врача биомедицины

Доверие определенным видам неконвенциональной медицины (недоверие к биомедицине как к системе медицинского знания или неудовлетворенность ее эффективностью) приводит к выбору альтернативной медицины. На выбор медицинской системы еще влияют представления о болезни и способах ее лечения.

Итак, в первых двух параграфах второй главы были представлены основные результаты качественного этапа исследования медицинского выбора хронических пациентов. Помимо самостоятельной ценности этого этапа для развития данного исследовательского направления, некоторые выводы имели принципиальное значение при разработке программы количественного исследования.

Позволим себе остановиться кратко на некоторых результатах первого этапа исследования, которые самым непосредственным образом определили некоторые методологические установки второго, количественного, этапа.

К основным результатам можно отнести следующее: 1. были выделены три главные ситуации, в которых хронические больные делают свой выбор – ситуация *первой встречи с болезнью, ее симптомами* (дебют в качестве заболевшего конкретной болезнью); ситуация *после постановки диагноза и назначение лечения*; ситуация *хроникализации болезни*; 2. был установлен спектр возможных альтернатив (альтернативных действий) для каждой из трех ситуаций выбора (например, в ситуации хроникализации патологии это альтернативы–обращение к биомедицине, обращение к неконвенциональной медицине и самопомощь различных видов, медикализированная и немедикализированная); 3. были

установлены социокультурные факторы, влияющие на принятие терапевтических решений во всех трех ситуациях.

2.3 Структура социокультурных факторов принятия терапевтических решений хроническими пациентами в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19

В данном параграфе описаны результаты дополнительно проведенного качественного исследования, призванного оценить ситуацию пациентского выбора в период пандемии COVID-19. Надо отметить, что за последние несколько лет опубликованы исследовательские работы, посвященные различным аспектам социальной жизни в пандемию, реализованы исследовательские проекты, посвященные изучению социальных последствий пандемии. Например, проект «Вирусные дневники: хроники повседневности» Европейского университета в Санкт-Петербурге (А.Темкина)¹, проект «коронаФОМ» Фонда Общественного Мнения (ФОМ)².

В настоящем исследовании в центре внимания «пересборка» медицинской модели хронических больных в период пандемии и влияние культурных представлений, как сложившихся до пандемии, так и сформированных в ходе пандемии, на их медицинский выбор. Новый вирус создал ситуацию неопределенности, мы наблюдали, как в режиме «здесь и сейчас» происходит формирование нового знания – и научного, и повседневного знания о вирусе, его последствиях, взаимодействии с другими заболеваниями. Поэтому особенно важно проанализировать, как сложившиеся культурные представления влияют на принятие решений в новой, нетипичной ситуации, как конструктор медицинских знаний пациентов дополняется новым знанием, какое место в этом процессе

¹Litvina D., Temkina A. The Academicians on Quarantine: Reflexivity and Fragility of the Privileged Group at the Start of Pandemic. 2021. Информация о проекте представлена на сайте Европейского университета в Санкт-Петербурге <https://eusp.org/projects/virusnye-dnevniki-khroniki-povsednevnosti>

² Социология пандемии. Проект коронаФОМ. 2021.

занимает личный опыт, мнение «экспертов», опыт других (по формуле «у знакомого знакомой моей подруги»).

Полевая часть исследования включала в себя 11 глубинных интервью¹, которые были реализованы летом 2021 года (т.е. после начала пандемии прошло больше года). Основным критерием целевого отбора оставалось наличие хронического заболевания, как и в рамках качественного этапа исследования, проведенного до пандемии. Однако, для изучения медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии еще одним важным условием отбора стало наличие опыта лечения хронического заболевания не менее 3-х лет, поскольку к моменту начала пандемии у информанта должна была сложиться определенная медицинская модель.

В этом исследовании были решены следующие 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, или на отказ от такой корректировки. Гайд глубинного интервью включал в себя следующие основные блоки: опыт лечения хронического заболевания до пандемии; представления о коронавирусе на разных этапах пандемии; опыт лечения хронического заболевания в период пандемии и обоснование своих решений; представления о мерах защиты и профилактики коронавируса (в том числе о вакцинации).

Может показаться, что исследование медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии, при всей неоспоримой практической значимости, выбивается из общей логики работы. На самом деле, это не так. Как было отмечено выше, медицинский выбор в ситуации пандемии – это выбор в ситуации

¹ В исследовании приняли участие 9 женщин и 2 мужчин в возрасте от 43 до 70 лет.

неопределенности близкой к тотальной, в ситуации, в которой гипотетически могут перестать работать сложившиеся модели медицинского выбора, вплетенные в повседневную жизнь хронических больных. Таким образом, в рамках настоящего исследования осуществляется поиск ответов на вопрос, каковы механизмы работы культурного знания в нетипичной ситуации, как сложившейся конструкт культурного знания корректируется, пополняется новым знанием.

В самом общем виде можно выделить две основные модели медицинского выбора в период пандемии: (1) модель, включающая терапевтические решения, корректирующие сложившуюся до пандемии схему лечения и (2) модель, не включающая корректирующие сложившуюся до пандемии схему лечения. Надо подчеркнуть, что учитывая длительность периода пандемии, по той или иной причине почти все информанты сталкивались с ситуацией корректировки сложившейся схемы лечения. Далее опишем более подробно эти модели, включая репертуар корректирующих терапевтических решений и, главное, факторы, оказывающие влияние на формирование пациентского выбора.

В ходе исследования были выделены следующие терапевтические решения, корректирующие допандемическую медицинскую модель: отложенное лечение, 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. Объективной причины «ревизии» допандемической модели была выделена проблема доступности медицинских услуг в период пандемии. Остальные мотивы корректировки сложившейся модели были связаны с культурными представлениями о своем хроническом заболевании, новом вирусе и последствиях их взаимодействия.

Скорректированные терапевтические решения, принятые на основе циркулирующих культурных представлений (о коронавирусе) – это попытка снизить субъективно воспринимаемые медицинские риски, связанные с COVID-

19. Анализ интервью дает нам возможность выделить классификацию представлений, на основе которых формируются такие риски.

Во-первых, представления о коронавирусе, как о серьезном заболевании с возможными тяжелыми последствиями, вплоть до смерти: *«... и такой внутренний страх, что заболеешь, и в какой то момент тебе нечем будет дышать»* (жен., заболевание эндокринной системы, ЖКТ).

Во-вторых, представления об опасности вируса для пожилых людей, которые формируют риск, связанный с болезнью пожилых родственников (из группы риска по возрасту и «с букетом хронических заболеваний»): *«я панически боялся ее (прим. маму) заразить»* (м., заболевание печени); *«как же я ей (прим. маме) притащу какой-нибудь вирус, ко мне не прицепится, а к ней прицепится»* (ж., болезнь почек, заболевание верхних дыхательных путей). Соответственно, информанты корректировали свое поведение, в том числе посещение медицинских учреждений, чтобы не стать источником заражения для своих пожилых родителей.

В-третьих, представления о связи хронического заболевания и Covid-19 – как о влиянии хронического заболевания на тяжесть протекания Covid-19, так и о влиянии Covid-19 на основное хроническое заболевание. Вот как об этом говорит информант, опасаясь фатального влияния вируса на ее основное заболевание: *«В плане того, что кто-то мне сказал, или где-то я вычитала, что с моим основным заболеванием вообще нельзя никак болеть ковидом, это все может ухудшиться мое основное заболевание, у меня была опасность того, как бы это не повлияло на мое основное заболевание, не ухудшило его»* (ж., онкология).

Здесь нужно подчеркнуть, что корректирующие решения давались информантам нелегко. Вот как говорит об этом женщина, которая отказалась от привычных процедур, которые она проводила каждые полгода на протяжении многих лет: *«И действительно, когда началась пандемия мне пришлось отказаться, и я переживала, что пропускаю эти процедуру, и сейчас опять может пойти откат...»* (ж., болезнь почек, заболевание верхних дыхательных путей).

Сложность решений в этот период во многом связана с отсутствием проверенной информации, относительно связи вируса с конкретными хроническими заболеваниями, растерянность в медицинском сообществе, пугающие истории близких, знакомых – все это приводило к увеличению страхов, а иногда и к появлению паники у хронических пациентов: *«... я боялась, честно скажу, потому что я не знала, как с моим заболеванием коронавирусом отразится на мне. Потому что я представила, что если вдруг я заболею очень тяжело (эмоциональная речь) и меня придется подключать к ИВЛ, как мою тетку (пауза), я тогда не понимала, как в мой организм будут поступать гормоны, как вообще мой организм отреагирует на эту вещь» (ж., заболевание эндокринной системы).*

Как уже было указано выше, в некоторых случаях корректировка прежней схемы лечения была вынужденной из-за проблем доступности медицинской помощи в период пандемии. В городе периодически прекращались плановые госпитализации, происходило сокращение терапевтических отделений, соответственно, возникали большие очереди для получения медицинской помощи, также наблюдалась нехватка медицинского персонала, отсутствие узких специалистов (по причине их болезни или работы в «красной зоне»). В той или иной степени это было типично и для других российских городов. Вот как описывает ситуацию одна из информантов, которая была вынуждена отложить лечение: *«... Когда случилась пандемия, то вообще конечно, болезнь - то она же не знает, что у нас пандемия [...] Вот, проблема была понять, что делать, потому что больницы были все закрыты... лечь некуда было просто[...] направление-то нам дали... а в больницу лечь мы не можем (голос дрогнул), и это, конечно, убийственно...» (ж., заболевание крови).*

Кстати, решение о мерах профилактики обострений основного заболевания и мерах профилактики и защиты от заражения новой коронавирусной инфекцией тоже принималось не только на основе уже описанных выше культурных представлений, но и на основе поступающей из разных источников информации о перегруженности системы здравоохранения. «Сейчас болеть нельзя», – говорили

многие информанты. Вот еще одна цитата, подтверждающая этот подход: «Поэтому понимая все это мы начали очень сильно следить за своим здоровьем... Мы очень подробно выяснили какие курсы надо – и мультивитаминные, и укреплять определенные органы. Просто этот период пандемии, когда тебе не окажут никакую помощь квалифицированную, кем бы ты ни был, (...) ни за деньги, ни за связи. В этот момент было очень важно не заболеть. И мы были очень собраны» (м., заболевание печени).

Решение следовать модели лечения, сложившейся до пандемии, информанты также, как правило, принимали на основе культурного знания – в данном случае на основе циркулирующих представлений о COVID-19 как обычном вирусе, не представляющем опасности для них; оценке своего хронического заболевания, как тяжелого и требующего сохранения прежней схемы. Также отсутствие корректирующих решений было связано и с объективными причинами, например, такая модель была характерна для информантов, использующих и до пандемии практики самостоятельного лечения. В данном случае отсутствие корректировки связано с особенностью сложившейся модели лечения.

Вот, например, размышления женщины, которая не оценивала ковид как опасный вирус и поэтому считала, что он не может являться причиной отмены операции по одному из хронических заболеваний: «Я посчитала, что это политика, и его вообще нет (...) Потом я не верила, что этот ковид так опасен, ну, в моей семье никто не болел, уже год пандемия, и я поэтому даже не думала откладывать операцию» (жен., астма, варикозное расширение вен). Данному информанту повезло, что она не столкнулась с проблемой доступности лечения: в тот момент, когда она обратилась за хирургической помощью, отделение только открылось после длительного перерыва плановой госпитализации.

В нарративах ковид-диссидентов или ковид-скептиков встречаются разные обоснования причин такого отношения – политические, экономические, конспирологические. Также на восприятие ковида сказывалось общее институциональное недоверие, для которого в период пандемии находились

новые иллюстрации – информанты выражали недоверие к врачам, фармакологическим компаниям, производству вакцин, статистике и т.д.¹

Надо отметить, что у большинства информантов модель медицинского выбора в период пандемии менялась – это было связано и с подвижностью культурных представлений в ситуации пандемии, и с особенностями хронического заболевания, отношения к нему (отложенное лечение, отказ от контроля основного заболевания не может быть бесконечным). Среди опрошенных самая распространенная схема – от терапевтических решений скорректированных с целью смягчения рисков (например, отложенное лечение) до восстановления допандемической модели лечения. *«Единственное, да в 20 году я пару месяцев просидела дома, ожидая, ну, может сейчас все спадет (...). Все равно пришлось идти. [...] Все равно надо. Потому что та болезнь (прим. онкология в ремиссии), честно, пугает меня больше, чем ковид ...»* (ж., онкология).

В ситуации, когда пациент принимал решение, что «больше ждать нельзя» и нужно обратиться за медицинской помощью, самыми принятыми способами преодоления рисков являлись такие как обращение в частную клинику, поиск «проводника» в системе здравоохранения. *«... Если к осени будет спад, то схожу, если не будет, я буду это решать через частные медучреждения. Но к специалисту я должна попасть»* (ж., заболевание эндокринной системы).

Как уже упоминалось выше, в период пандемии терапевтические решения хронических пациентов, касались не только своего основного заболевания, но и мер защиты и профилактики заражения новой коронавирусной инфекцией. В этом ряду отдельное место занимает решение о вакцинации. Надо отметить, что при принятии решения о вакцинации, помимо формирующихся в режиме «здесь и сейчас» представлений о новых вакцинах, об их влиянии на здоровье, на

¹ Причины ковид-диссидентства, скептического отношения к коронавирусу и проблема недоверия в период пандемии рассматриваются в следующих работах: Исупова О. Г., Рождественская Е. Ю., Лагерева А. Е. Ковидный ресентимент в социальных сетях: репертуар мотивированных суждений // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 5; Кирзюк А. А. «У меня нет страха»: ковид-диссиденты в поисках агентности и правды // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2021. № 2; Тартаковская И. Н. Доверие перед лицом пандемии: в поисках точки опоры // Социологический журнал. 2021. Т. 27. № 2.

хронические заболевания, большое значение в оценке той или иной альтернативы имели уже сложившиеся представления о вакцинации как профилактике различных заболеваний, представления об уровне развития российской вирусологии и возможностях качественного производства.

Итак, культурное знание стало основным фактором медицинского выбора в период пандемии. Еще раз выделим основные вопросы, которые беспокоили участников исследования в период пандемии: коронавирус – это страшная болезнь или обычный вирус, грипп; эффективность способов защиты, профилактики, лечения; влияние хронического заболевания на тяжесть течения коронавируса; влияние коронавируса на течение хронической болезни; отношение к вакцинации в целом и с учетом хронического заболевания.

В предыдущих параграфах достаточно подробно разбирали источники культурного знания, они разные – от транслируемых в культуре знаний до личного опыта. Безусловно, ситуация пандемии нестандартна, прежде всего из-за того, что даже в профессиональном сообществе знание о вирусе и его влиянии на здоровье, о его взаимодействии с различными хроническими заболеваниями находилось в процессе формирования, постоянного изменения в соответствии с новыми данными. Таким образом, СМИ и другие каналы трансляции знаний изобиловали разными мнениями, интерпретациями. Конструкт повседневных знаний, связанных с новым вирусом, за время пандемии также находился в постоянном процессе формирования – одни представления подтверждались личным опытом, мнением тех «экспертов», которым доверяют, «народными историями», и, соответственно, становились более правдоподобными для человека, а другие представления, наоборот, становились менее правдоподобными.

Важно подчеркнуть, что информанты в своих решениях основывались не только на знаниях, сформированных в период пандемии, но и на культурных представлениях интериоризованных в процессе всей жизни, особенно это было заметно при анализе правил принятия решений о вакцинации. Что касается отношения к COVID-19, то показательно, что многие информанты в начале

пандемии пытались соотнести его с другими вирусами: *«У меня не было паники, ну, и посложнее болезни лечат (...) был и свиной грипп, справились, ну, неужели не справятся с каким-то гриппом (...), к тому же перед этим был свиной грипп, был птичий грипп, я сама была свидетелем свиного гриппа, я сама, мы поехали отдыхать и у нас вся группа болела (...)»* (жен., астма, варикозное расширение вен).

Итак, рассмотрим некоторые источники формирования культурного знания подробнее, применительно к ситуации пандемии: личный опыт и опыт ближайшего окружения (смерти в окружении или, наоборот, легкое течение болезни); СМИ, мнение «экспертов»; мнение наблюдающего врача или знакомого врача из своего окружения; опыт других, «народные истории» («у знакомого знакомой моей подруги»).

В предыдущих параграфах уже подчеркивали важность личного опыта, опыта близких в формировании культурного знания, ситуация пандемии лишь подтверждает тезис о постоянной взаимной корректировке культурных представлений и личного опыта – мы принимаем решения на основе культурных представлений, но если личный опыт складывается неудачно, то прежние представления корректируются, а если удачно, то степень их правдоподобности повышается. Это часто звучит в нарративах информантов: *«У меня умирает тетка от коронавируса... и у меня очень серьезно изменилось отношение к этому заболеванию»*; *«Только в конце 20 года, когда стали болеть и умирать в ближайшем круге, я поверила, что да, действительно, есть какой-то вирус, на который пока нет адекватного лечения, которое мало того может спасти жизнь, но и сохранить здоровье»*.

Несколько цитат из разных интервью о важности личного общения с представителями профессионального медицинского сообщества: *«Дочь организовала консультации с врачами израильской клиники в зум»*; *«Если мне человек известный в этой стране... биолог с мировым именем, и он мне говорит...»*.

Безусловно, нельзя не упомянуть различные источники информации – это и телевизионные программы, радиопередачи, публикации в СМИ, которые распространяются в том числе и через социальные сети, различные независимые блоггеры, которые ведут свои каналы и т.д.: *«Я уже начитался всякой литературы»*; *«Первоначально я, конечно, залезла в интернет»*; *«Из телефона, фейсбук, лента.ру, (...) и что-то присылают люди, например, по поводу лимона, что надо его пить, мазать нос, какой-то пожилой врач рассказывал, я почему-то поверила»*. Поскольку здесь речь идет в том числе и о привлечении экспертов, представителей профессионального сообщества, то в этом контексте интересно, по каким критериям оценивается уровень профессионализма эксперта, какой должен быть эксперт, чтобы его мнение считалось более правдоподобным. При анализе интервью было видно, что большое значение имеет соответствие мнения эксперта уже сложившимся представлениям информанта, т.е. позиция специалиста используется как подтверждения «правильности» своих знаний. В качестве иллюстрации приведем пример из интервью, в котором женщина, являющаяся яркой противницей любой вакцинации, рассказывала о том, как она прислушивается к мнению экспертов: *«Я слушаю вирусолога, не помню фамилию, женщина, мудрая. Вот она рассказывала, никогда в ее роду никто прививки не делал и все здоровы»*. Или информант, которая при любой возможности стремится минимизировать прием лекарственных средств, рассказывает, что доверие у нее вызвал пожилой врач, который рассказывал об эффективности лимона – здесь два момента, во-первых, врач говорил то, что понравилось информанту, во-вторых, почтенный возраст указывал на большой опыт. Информанты выделяли и другие критерии оценки профессионализма экспертов – научная степень, наличие практики, известность, канал трансляции (доверие к каналу переносится на эксперта).

Отдельного внимания заслуживают представления, которые формируются на основе «народных историй»: *«Кто-то что-то сказал и мысль уже засела»*; *«Ну в общем честно сказать я не верю в вакцину, в то что она защищает, потому что так же есть случаи, люди вакцинировались и так же болели, лежали в*

реанимации. (...) Нет, лично не знаю, но мне рассказывал кто-то»; «У знакомого знакомой моей подруги».

Анализ полученных интервью показывает, что источники формирования культурного знания различны с точки зрения силы их влияния. Можно выделить несколько предположений, которые однако требуют дополнительного изучения. В случае если информант оценивал уровень правдоподобности своих знаний низко (по формуле «я знаю, что ничего не знаю»), то, соответственно, он был более открыт для поиска и восприятия новой информации из различных формальных и неформальных источников, мнений «экспертов», знакомых врачей. В ситуации, когда информант оценивал свои представления правдоподобными, различные источники информации выполняли скорее функцию подтверждения его убеждений. И лишь личный опыт и опыт близких способен кардинального скорректировать культурные представления даже с высоким уровнем правдоподобности.

Итак, проведение исследования в период пандемии позволило описать основные правила принятия терапевтических решений, корректирующих допандемические модели медицинского выбора хронических пациентов, позволило выделить основные культурные представления, на основе которых осуществлялся выбор наиболее «правдоподобного» варианта среди альтернатив. Также удалось выделить некоторые механизмы формирования культурного знания в нестандартной ситуации. В следующей главе представлены результаты количественного этапа исследования медицинского выбора хронических пациентов в условиях крупного российского города.

Глава 3 Модели медицинского выбора терапевтических решений хроническими пациентами г.Самары

3.1 Количественный анализ структуры терапевтических решений хроническими пациентами в разных клинических ситуациях

Третья глава посвящена основным результатам количественного этапа исследования пациентского выбора в условиях крупного российского города. Объектом исследования выступили хронические больные Самары, как типичного крупного российского города, отобранные методом двухступенчатой выборки, где на первой ступени использовался стратифицированный отбор по критерию «класс заболевания», а на второй – квотный отбор по критериям «пол», «возраст». В качестве статистических документов, необходимых для реализации выборочного отбора, использовались данные статистической отчетности заболеваемости жителей Самары в 2016 году, представленные на сайте Федеральной службы государственной статистики по Самарской области. Из-за отсутствия отдельной статистики по хроническим пациентам, с некоторым допущением использовалась статистика первичных обращений по различным классам заболеваний¹. Всего было опрошено 510 хронических больных². 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. Метод исследования – полуформализованное интервью (бланк представлен в Приложении 4).

¹ Доступной статистической отчетности по хроническим заболеваниям в 2018 году не было. Для распределения респондентов по классам заболеваний использовалась международная классификация болезней (версия МКБ-10) с исключением некоторых классов острых, вирусных заболеваний и других нехронических состояний (например, травма, беременность). Подробнее см. в Приложение 3.

² Основные социально-демографические характеристики участников исследования: пол: мужской – 41%, женский – 59%; возраст: 18-30 – 21%, 31-44 – 16%; 45-59 – 22%; 60-69 – 21%; 70 и старше – 20%; образование: неполное среднее – 3%, полное среднее – 10%, среднее специальное – 29%, высшее (или неполное высшее) – 50%; 2 высших (или научная степень) – 8%; материальное положение: полностью обеспеченные – 5%, почти полностью обеспеченные – 33%, более-менее обеспеченные – 43%, малообеспеченные – 16%, бедствующие – 4%.

В рамках количественного этапа исследования были поставлены следующие задачи: 1. описать количественную представленность конкретных терапевтических решений пациентов в трех изучаемых ситуациях болезни («дебют болезни»; постановка диагноза/назначение лечения; хроникализация болезни); 2. описать иерархию факторов, влияющих на медицинский выбор в ситуации «дебюта болезни» и ее хроникализации; 3. описать количественную представленность спектра мотивов тех или иных конкретных решений (обращения к различным формам конвенциональной и неконвенциональной медицины, самолечения).

В данном параграфе представлено описание структуры терапевтических решений хронических больных г. Самары в трех изучаемых ситуациях выбора, а также для определенных решений представлена структура мотивов. А в следующем параграфе представлены результаты анализа факторов, повлиявших, по мнению опрошенных, на их решения в ситуации «дебюта болезни» и ее хроникализации.

Как отмечалось выше методология исследования строилась на основных положениях Study of Medical Choice, основные принципы которого были сформулированы в теоретических и эмпирических работах американских антропологов Линды Гарро и Джемса Янга, представителей когнитивной медицинской антропологии¹. Безусловно, разработка концепта исследования медицинского выбора в координатах российского здравоохранения и в условиях крупного российского города требовала адаптации принципов Study of Medical Choice с учетом институциональной среды российской медицины с присущими ей структурой и факторами медицинского выбора. Это было реализовано благодаря данным, полученным на первом этапе исследования в ходе анализа глубинных интервью.

Важно отметить, что на количественном этапе исследования разговор относительно медицинского выбора пациента, имеющего несколько заболеваний, всегда касался *только одного заболевания*, которое респондент считал главным,

¹ Основные положения данного подхода изложены в параграфе 1.1 «Развитие концепта медицинского выбора в западной и отечественной науке».

наиболее значимым для него. Такое условие разговора было принято по причине того, что для разных заболеваний пациенты могут выбирать разные терапевтические решения. Этот аспект был выявлен во многих качественных интервью. Обоснование такого расхождения лежит как в специфике протекания заболевания, так и в субъективном восприятии и структуре представлений о разных болезнях, которые формируются на основе личного опыта и интернализованного знания о них. К тому же такое ограничение позволяет определить хроников, для которых терапевтические решения относительно конкретной болезни характеризуются моновыбором (т.е. они придерживаются одной линии поведения) и, соответственно, тех, которые в рамках одной, субъективно значимой болезни применяют дивергентную рациональность, следуют разным линиям поведения. Таким образом, рассмотрение исключительно одного субъективно главного заболевания делало наши исследовательские задачи выполнимыми, хотя, возможно, и несколько упрощало реальную ситуацию жизни хронического больного.

Итак, выбор, который делают хронические больные среди имеющихся альтернатив (обращение к государственной и негосударственной биомедицине, к разным формам неконвенциональной медицины, медикализированное и немедикализированное самолечение), был структурирован по трем главным ситуациям болезни хронических пациентов.

В соответствии с первой задачей была определена мера представленности различных решений в рамках первой ситуации «дебют болезни»¹. Анализ показал, что 92% опрошенных обращаются к конвенциональной медицине, 21% выбирают самолечение. Выбор альтернативной медицинской помощи осуществляли только 2% опрошенных, что находится в пределах статистической погрешности. При этом хотелось бы подчеркнуть, что институциональная среда города Самары представлена центрами, кабинетами неконвенциональной медицины и частными специалистами, которые практикуют различные медицинские системы (активное развитие началось с начала 2000-х годов). Что касается народного целительства,

¹Расчет производился на основе шкалы с множественным выбором

то эта форма лечения существовала всегда, даже при формальном запрете в советское время¹.

Нельзя не отметить, что распределение выбора между профессиональной медицинской помощью и самостоятельным лечением (92% против 21%) на этапе «дебюта» хронической болезни в данном исследовании отличается от результатов массовых исследований, которые проводят социологические центры (ФОМ, Левада-центр)². Однако, в таких опросах выявляется поведение россиян в ситуации любой медицинской проблемы, к которой могут относиться и острые респираторно-вирусные заболевания, и хронические состояния, с которыми человек уже сталкивался. А это принципиально разные методологические позиции. Анализ глубинных интервью показал, что в начале развития заболевания пациенты часто испытывают трудности идентификации своего состояния, не имеют каких-либо знаний о способах лечения. При этом первоначальная идентификация болезни по соматическим проявлениям часто бывает ошибочной, соответственно, и назначенное самостоятельно лечение – неверным, что в результате приводит к необходимости обращения к врачу.

Человек, находящийся в ситуации медицинского выбора, может следовать разным стратегиям поведения: выбрать что-то одно (*моновыбор*) или реализовать *комбинированный выбор*, то есть выбор не по принципу «или-или», а по принципу «и то, и то». Идея комбинированного медицинского выбора как стратегии поведения пациента основывается на положении Л.Гарро о дивергентной рациональности³, более подробно этот аспект рассматривается в параграфе 1.1, также данная стратегия была эмпирически эксплицирована на этапе качественного исследования в некоторых интервью с информантами и в автоэтнографическом интервью.

Продолжая эту проблематику в рамках количественного этапа исследования мы получили следующее распределение опрошенных относительно

¹ Ярская-Смирнова Е.Р., Григорьева О.А. «Мы – часть природы...» Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т.9. №1.

² Шилова Л. Практики самолечения российского населения // Культурное наследие России. 2014. №2.

³ Garro L.C. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // Medical Anthropology Quarterly. 1998. P.319

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 лечение¹ (Рисунок 3.1). Данные о распределении самолечения по формам (медиализированное, немедиализированное) представлены ниже.

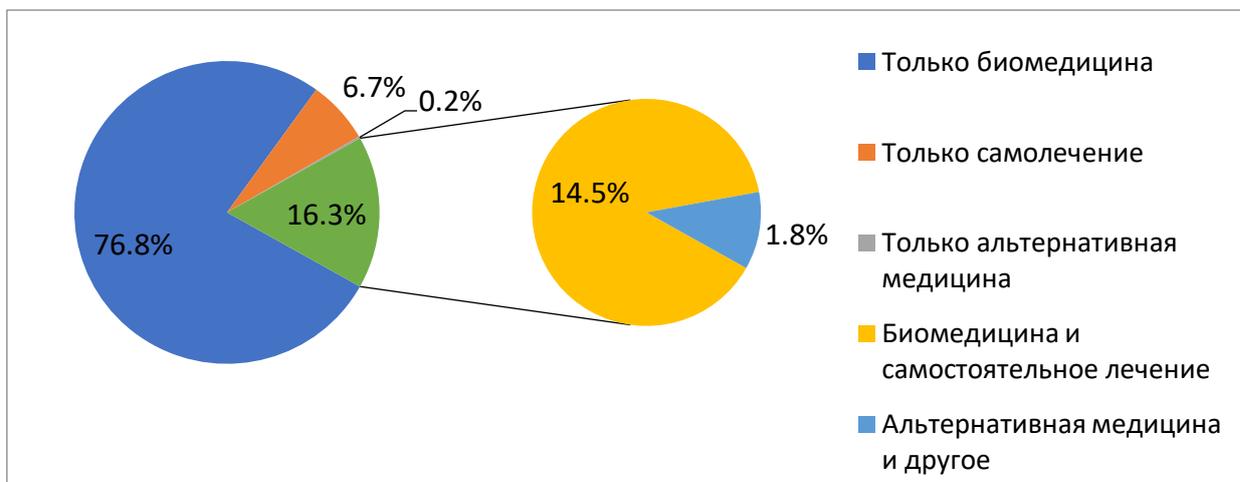


Рисунок 3.1 – Распределение моно и комбинированного медицинского выбора пациентов в ситуации «дебюта болезни» (в % от общего числа опрошенных, V=510)

Среди тех респондентов, которые комбинируют различные действия в первой ситуации выбора (16,3%), самой распространенной комбинацией является сочетание биомедицины и самолечения – 14,5%. Как указывалось выше, обращение к неконвенциональной медицине находится на уровне статистической погрешности, однако, в основном такие обращения осуществляются в комбинации с биомедициной или самостоятельным лечением и составляют 1,8% (Рисунок 3.1). Остановимся подробнее на стратегии комбинированного поведения, когда пациент выбирает биомедицину и самолечение. Здесь возможно несколько моделей: модель «сначала самолечение, потом биомедицина» – это 9,0% опрошенных, а также две менее распространенных модели – «сначала

¹ Выбор неконвенциональной медицины как единственного решения представлен малой социальной группой в пределах статистической ошибки (0,2%).

биомедицина, потом самостоятельное лечение» и их одновременное использование (5,5).

Медицинский выбор в первой ситуации в основном не различается в группах со следующими социально-демографическими характеристиками (пол, образование, материальное положение, класс заболевания). Однако выбор пациентов отличается в зависимости от возраста и стажа болезни. И действительно, респонденты старше 70 лет значительно реже выбирали самолечение при первом столкновении с болезнью (Приложение 5, Таблица 5.1)¹. Также в значительно меньшей степени представлено самолечение среди тех хронических больных, которые принимали первые решения более 10 лет назад. Распределение пациентов, для которых характерно самостоятельное лечение в первой ситуации выбора, в группах с разным стажем болезни выглядит следующим образом: 1-2 года – 20%; 3-5 – 27%; 6-10 – 33%; 11-29 – 14%; 30 и более – 10%. Такое распределение выбора самолечения при появлении первых симптомов по возрасту пациентов и стажу болезни может указывать на то, 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 интернет². Что касается респондентов старшего возраста, то они, во-первых, чаще имеют стаж болезни более 10 лет, а во-вторых, значительно реже используют интернет для поиска медицинской информации (25,6% против 43,3 в целом по выборке). Также важно подчеркнуть, что любые формы комбинирования терапевтических решений более характерны для респондентов с высшим образованием – 60% против 50% в целом по выборке (Приложение 5, Таблица 5.2).

Рассмотрим более подробно выбор биомедицины с точки зрения формы обращения³. Исследование показало, что преобладающее большинство пациентов

¹ Здесь и далее при изучении связи между признаками использовался коэффициент хи-квадрат, статистически значимым признавался на уровне $p < 0,05$.

² В следующем параграфе рассмотрим роль различных каналов, получения медицинской информации в выборе терапевтических решений: о влиянии интернет источников на свои решения указали 39% , выбирающих самостоятельное лечение, и только 10%, обратившихся за помощью к врачу.

³ Удельный вес пациентов, выбравших разные формы конвенциональной медицины, рассчитывался от общего числа обратившихся к биомедицине, $V = 467$

в первой ситуации выбирает государственную районную (или ведомственную) поликлинику (78%). Второе место по распространенности делят частная клиника (15%) и государственная скорая помощь (13%). 8% обращаются в государственные клиники за платными услугами. Поиск «своего врача независимо от его места работы» осуществляют только 6 % опрошенных. Доля пациентов, выбравших другие варианты, составила менее 5%¹.

Несмотря на то, что *обращение к платным медицинским услугам* меньше распространено, тем не менее, четверть пациентов использовали эту форму помощи². В качестве основных мотивов назывались: хорошая организация процесса медицинской помощи и качественное лечение (31%), индивидуальный подход к лечению (20%). Остальные мотивы упоминались реже – «свой врач» (10%), высокая квалификация врачей (8%), благожелательное отношение к пациенту (8%), отсутствие узкого специалиста в поликлинике (8%), географическая доступность (7%)³. Надо заметить, что два последних мотива являются объективными причинами для обоснования выбора платной медицинской помощи. Другие же мотивы так или иначе образуются в результате оценочного сравнения платной и бесплатной медицины. Исключение составляет мотив «наличие своего врача», который скорее связан с важностью социальных сетей в вопросах медицины – более высоким доверием профессионалам из своего окружения.

Выбор пациентов относительно формы обращения к официальной медицинской помощи относительно равномерно распределяется в разных группах пациентов, но незначительно отличается по образованию, по классу болезни (Приложение 5, Таблица 5.3, Таблица 5.4). Также различается ситуация в зависимости от материального положения. Высокообеспеченные пациенты

¹ К ним относятся такие варианты, как консультации фармацевта, получение медицинских услуг по полису добровольного медицинского страхования, вызов частной скорой помощи.

² Удельный вес пациентов, которые пользуются платными медицинскими услугами (25%), складывается из обращений в частные клиники (15%), в государственные клиники за свой счет (8%) и в частную скорую помощь (2%)

³ Изучение мотивации обращения к платным медицинским услугам реализовывалось через открытый вопрос

ожидаемо на 10 % больше пользуются платными услугами по сравнению с малообеспеченными респондентами¹.

Выше было указано, что в целом *самостоятельное лечение* с учетом комбинированных и некомбинированных моделей характерно для менее четверти респондентов (21% от всех респондентов). Однако, важно ответить на вопрос, в рамках какой медицинской системы осуществляется самолечение. Иерархия форм самостоятельного лечения выстраивается так: медикализированное лечение (89% опрошенных), немедикализированное лечение на основе народной медицины (менее половины пациентов – 46%) и другие формы немедикализированного лечения (менее трети пациентов – 31%), представленные различными вариантами физических упражнений (это может быть и йога, и лечебная гимнастика, и различные авторские дыхательные методики), а также использованием физиотерапевтических приборов. В исследованиях, посвященных проблеме отказа от профессиональной медицинской помощи в пользу самолечения, в качестве обоснования фигурирует мотив – «нежелание взаимодействовать с медицинскими институциями»². В нашем исследовании около 40% респондентов, выбирающих самостоятельное лечение, как моновыбор или как часть комбинации, в качестве объясняющего свое решение мотива указывали суждение о негативном отношении к медицинским учреждениям. А более половины респондентов (61%) выбрали суждение «Мне некогда ходить по врачам», что помимо отсутствия свободного времени или оценки своей болезни как несерьезной, косвенно может свидетельствовать о нежелании взаимодействовать с институтом здравоохранения (в частности, из-за проблем в организации медицинской помощи: очереди, сложности получения направления к узкому специалисту и др.). Подробно анализ факторов медицинского выбора различных

¹ Материальный статус измерялся по шкале материальных возможностей, где 1 - Не хватает денег даже на самое необходимое, 2- На ежедневные расходы хватает, но покупка одежды уже представляет для нас трудность, 3- В основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования наших сбережений недостаточно, 4- Покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений, однако покупка автомобиля, квартиры или дорогостоящий отпуск нам недоступен, 5- Могу купить практически все.

² Аронсон П. Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении// Журнал социологии и социальной антропологии, 2006. Т. 9. № 2.

терапевтических решений, в том числе самостоятельного лечения, представлен в параграфе 3.2.

А теперь обратимся к терапевтическим решениям, характерным для *ситуации постановки диагноза и назначения лечения*. В рамках этой ситуации происходит «перевод» симптомов болезни из области субъективных интерпретаций и переживаний (*illness*) в область профессионального экспертного знания (*disease*)¹ и, соответственно, в рамках этой ситуации «конфликт интерпретаций» пациента и врача может проявляться наиболее ярко.

В Таблице 3.1 видно, что после первого визита к врачу согласились с диагнозом и начали следовать лечению 79%. Отказ от части лекарств характеризует медицинский выбор 14% респондентов. В качестве основного мотива такого решения назывались объективные причины – цена на препарат (36%); побочные эффекты (25%); отсутствие результата (15%). Встречались и мотивы, прямо указывающие на конфликт биомедицинской позиции врача и представлений пациента – опасение негативного влияния лечения на организм (21%).

Перепроверка диагноза характеризует медицинский выбор 11% респондентов (Таблица 3.1). В качестве основных мотивов выделялись следующие: отсутствие доверия врачу (27%); важность второго мнения (25%); отсутствие результата лечения (20%); неприятие диагноза или проверка его достоверности (18%).

Таблица 3.1 – Представленность решений пациентов в ситуации постановки диагноза и назначения лечения (*в % от общего числа опрошенных, V=510*)²

| Варианты решений | Удельный вес |
|---------------------------------|---------------------|
| Согласие с диагнозом и лечением | 79 |
| Отказ от части лекарств | 14 |
| Перепроверка у других врачей | 11 |
| Поиск «своего врача» | 7 |
| Самолечение | 14 |
| Гомеопатия | 2 |
| Народное целительство | 3 |
| Восточная медицина ¹ | 2 |

¹ Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. 1988.

² Расчет производился на основе шкалы с множественным выбором.

Что касается выбора самостоятельного лечения в рамках этой ситуации, то он составил 14%, но не для всех это решение являлось ответом на взаимодействие с медицинскими институтами. Среди них около половины не обращались за помощью специалиста, изначально лечились самостоятельно, т.е. для них такой выбор является последовательным решением. В качестве мотивов самолечения можно выделить такие, как недоверие врачу и стратегии лечения (23%); отсутствие времени на лечение у врачей (23%); «я знаю свою болезнь лучше врачей» (19%); отсутствие результата (11%); поиск альтернативных или дополнительных методов лечения (9%).

Только 7% пациентов целенаправленно осуществляли поиск «своего врача». Любопытно, что качественный анализ, проведенный на первом этапе исследования, показал важность поиска «своего врача», за которым пациент готов пойти в любое медицинское учреждение: « (...) я поняла, что это мой врач, что это тот человек, который сможет мне помочь, и я должна ему подчиниться полностью» (жен., 56 лет, заболевание ЖКТ). Но количественное исследование показывает, что представленность такой позиции не высока.

Также можем наблюдать на этом этапе рост обращения к неконвенциональной медицине по сравнению с первой ситуацией – от 2% до 6,7%, т.е. рост в 3,3 раза. Несмотря на то, что выбор альтернативных медицинских моделей представлен малой социальной группой, выделим несколько групп пациентов, с точки зрения их отношения к неконвенциональной медицине. К первой группе относятся те, которые доверяют альтернативным системам, считают их «безопасной альтернативой» конвенциональному лечению (17,6%). Ко второй группе можно отнести пациентов, которые рассматривают традиционные методы лечения как дополнительные мероприятия, по модели «все методы хороши, все надо пробовать» (32,3%). Основанием для такой эмпирической классификации выступили мотивы обращения к различным формам неконвенциональной медицины. Кстати, в обосновании обращения к

¹ В данном исследовании понятие «восточная медицина» объединяет аюрведическую, китайскую медицину, отдельные восточные оздоровительные практики (например, йога).

традиционным медицинским системам упоминались и рекомендации конвенционального врача (20,6%), что иллюстрирует наличие интегративных практик у некоторых представителей биомедицинской системы¹.

Если мы еще раз посмотрим на структуру решений в ситуации постановки диагноза и назначения лечения (Таблице 3.1), то мы увидим, что эти решения так или иначе указывают на степень комплаенсности пациента относительно первого назначения лечения (комплаенс – приверженность лечению, согласие на выполнение листа назначений). Однако, по этому распределению судить о степени комплаенсности можно только с некоторыми оговорками. Во-первых, при измерении использовалась шкала множественного выбора; во-вторых, для некоторых пациентов решения, которые могут указывать на нонкомплаенс, на самом деле, являются последовательной стратегией лечения (например, респонденты, которые продолжают самостоятельное лечение или наблюдение у специалистов неконвенциональной медицины и в первой и во второй ситуациях болезни). Тем не менее, согласились с диагнозом и лечением 79%, соответственно, только 21% респондентов выбрали ответы, которые могут указывать на частичный комплаенс или нонкомплаенс. Надо заметить, что опыт западных исследований показывает более высокий показатель нонкомплаенса – 30-60%². Однако в них речь идет о ситуациях длительной терапии хронических пациентов. В данном же случае эта модель поведения выбирается в ситуации первых шагов после постановки диагноза и назначения терапии, когда человек еще не имеет опыта лечения и находится в ситуации острого развития заболевания, стремиться к получению быстрого результата.

Анализ показывает, что действия пациентов во второй ситуации распределяются равномерно и не отличаются в группах по полу, возрасту, материальному положению и классу заболевания, однако различны в зависимости от уровня образования пациентов. Доля пациентов, которые перепроверяют

¹ Харитоновна В., Янева-Балабанска И. Интеграция медицинских систем - желаемое и действительное (российско-болгарские параллели) // Сибирские исторические исследования. 2017. №4.

² Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению (Лекции для врачей) // Эндокринология. 2012. №4.

диагноз и назначения у других врачей, выше в группе с высоким уровнем образования: среди тех, кто имеет два высших или научную степень, четверть пациентов (26%) принимают решение перепроверить диагноз и назначения, при этом в целом по выборке это решение принимают всего 11% пациентов. Также респонденты с более высоким уровнем образования в целом чаще совершают комбинированный выбор – сочетание нескольких терапевтических решений (Приложение 5, Таблица 5.2).

Теперь перейдем к описанию структуры выбора *в третьей ситуации*, в ситуации хроникализации болезни. Безусловно, хроникализация болезни – сложный процесс, включающий в себя локальные ситуации обострения, требующие незамедлительных решений, и также длительные периоды ремиссии, требующие постоянного (само)контроля за заболеванием. В рамках количественного этапа исследования в фокусе внимания были терапевтические решения в ситуации обострения (возвращения) болезни и при необходимости осуществления контроля заболевания.

Итак, структура выбора в ситуации хроникализации болезни (ее обострения) выглядит следующим образом: самый часто встречающийся вариант – обращение в государственные медицинские учреждения (по полису ОМС) выбирает половина пациентов (50%), следующий по распространенности вариант – самостоятельное лечение (39%), третье место разделяют варианты обращения к платным услугам (14%) и «к своему врачу» (14%), получение консультации у фармацевта (11%) (Рисунок 3.2). Варианты – лечение по ДМС и обращение к неконвенциональной медицине не указаны на рисунке 5, по причине их недостаточной представленности.

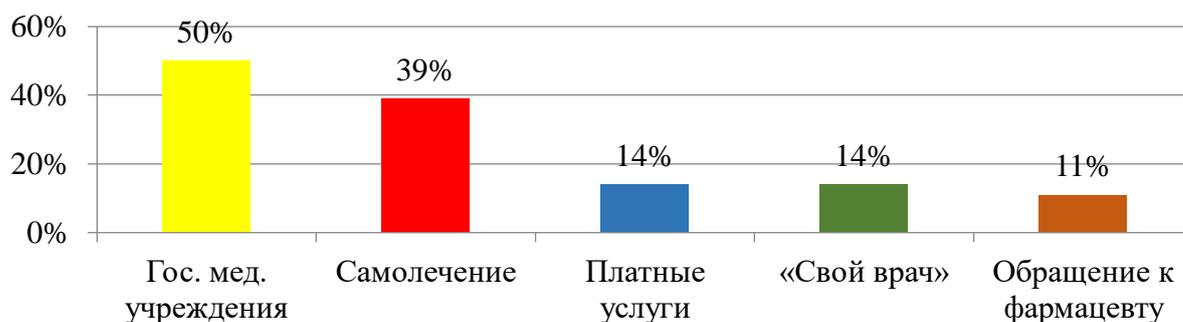


Рисунок 3.2 – Распределение вариантов решений пациентов в ситуации обострения и контроля хронической болезни (в % от общего числа опрошенных, V=510)

Анализ показал, что в третьей ситуации заметно изменилась представленность терапевтических решений хронических больных. Обращение за профессиональной помощью в государственные медицинские учреждения снизилось почти в два раза (в 1,8 раза). Выбор самостоятельного лечения, наоборот, стал более предпочтительным по сравнению с другими ситуациями: увеличился в 2 раза.

В качестве мотивов¹ выбора бесплатной медицинской помощи можно выделить следующие (см. Приложение 5, Таблица 5.5): нехватка средств на оплату частных медицинских услуг (43%); наличие хороших, высокопрофессиональных врачей (26%). Далее следуют такие мотивы, как удовлетворенность качеством медицинских услуг в целом (11%); привычка поступать именно так (9%); решение формальных вопросов – больничные, рецепты, льготные препараты (8%); «отсутствие выбора» (6%); отсутствие разницы между платной и бесплатной помощью (5%); географическая доступность (5%); отрицательное отношение к коммерческой медицине (4%); готовность принять недостатки (4%). Обращает на себя внимание мотив «нет выбора», не раз звучавший в интервью. Он кажется странным в ситуации, когда в Самаре выбор медицинских учреждений и выбор медицинских систем реально существует. На наш взгляд, такой мотив представляет собой дискурсивную форму вынужденности, когда хронические больные обречены пользоваться услугами бесплатной медицины в силу своей малообеспеченности, хотя и «знают ей цену».

¹ Задачи по изучению мотивации обращения к бесплатным и платным медицинским услугам реализовывались посредством открытых вопросов (для бесплатной медицины N=260; для платной медицины N=82).

К такой же категории мотивов можно отнести и «готовность принять недостатки». Неслучайно, только 11% опрошенных, выбирающих государственные медицинские институты, удовлетворены качеством медицинских услуг в них. Следует сказать, что проблема институционального недоверия в сфере здравоохранения выкристаллизовывалась в нашем исследовании еще на этапе качественных интервью. Она была эксплицирована и в других, более ранних российских исследованиях¹.

Надо заметить, что доля пациентов, выбирающих платную медицинскую помощь не изменилась относительно первой ситуации. Повторяется и вполне предсказуемая тенденция, выявленная нами в первой ситуации: платные медицинские услуги в два раза чаще выбирают пациенты с более высоким материальным статусом. В качестве обоснования выбора платной медицинской помощи в третьей ситуации используются следующие основные мотивы: хорошая организация медицинской помощи (48%); хорошее качество лечения и высокая квалификация врачей (30%); отрицательное отношение к бесплатной медицине (21%); «свой врач» (17%).

В целом в ситуации обострения хронического заболевания можно выделить три основные модели медицинского выбора: лидирующую позицию занимает обращение к профессиональной медицинской помощи в рамках биомедицины (конвенциональной) – 57%; следующую строчку по популярности занимает решение лечиться самостоятельно – 23%, что составляет четверть всех опрошенных; для 16% респондентов характерно комбинирование самостоятельного лечения и обращение за профессиональной медицинской помощью (Рисунок 3.3).

¹ Здравомыслова Е.А., Темкина А. А. «Врачам я не доверяю, но...». Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. 2009; Аронсон П. Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении// Журнал социологии и социальной антропологии, 2006. Т. 9. № 2.

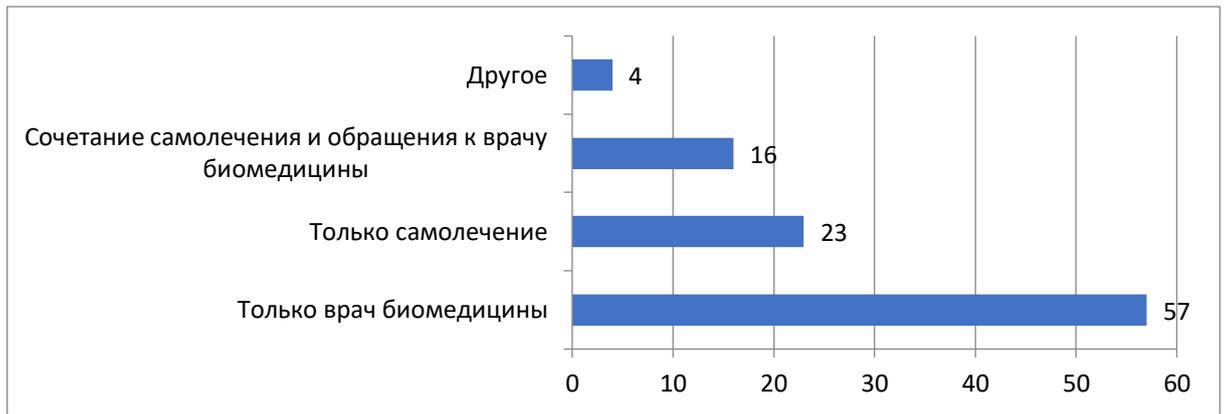


Рисунок 3.3 – Медицинский выбор хронических пациентов (в % от общего количества опрошенных, N=510)

В пункт «другое» вошли плохо представленные альтернативные медицинские практики и их сочетания. Следует отметить, что при всей непопулярности обращения к специалистам народной медицины, в рамках самостоятельного лечения пациенты используют средства народной медицины (чаще в сочетании с биомедицинскими препаратами).

Тот факт, что в рамках третьей ситуации, когда хроническая болезнь вплетается в повседневную жизнь человека, доля самостоятельно лечащихся значительно возрастает, является вполне естественным результатом, поскольку у пациента накоплен опыт лечения, сформирован «запас наличного знания», на основе которого каждый раз происходит оценка своего текущего состояния. Хронический больной свое понимание болезни часто ставит выше знаний специалистов, он постоянно (или в период обострений) анализирует свое состояние, свои симптомы¹. Это подтверждают результаты качественного этапа исследования (Подробнее об этой особенности хронических пациентов со стажем болезни см. параграф 2.2).

Следует отметить, что в основном хронические пациенты в случае самостоятельного лечения в той или иной степени ориентируются на прежние рекомендации, полученные от врача (72%). Как и в первой ситуации, преобладает медикализированное самолечение: структура медикализированного самолечения представлена лечением на основе прежних рекомендаций с самостоятельной

¹ Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. 2018; Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. 1988.

корректировкой (40%) и без корректировки (32%), 15% пациентов самостоятельно выбирают себе медицинские лекарства. Однако, 23% совмещают биомедицинские препараты и средства народной медицины, а 9% выбирают только неконвенциональную медицину. Структура самолечения представлена в Таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Представленность различных форм самостоятельного лечения пациентов на стадии хроникализации болезни (в % от общего числа выбравших самолечение, $V=192$)¹

| Формы самостоятельного лечения | Удельный вес |
|---|---------------------|
| На основе прежних рекомендаций врача, но с коррекцией | 40 |
| На основе прежних рекомендаций врача без какой-либо коррекции | 32 |
| Комбинирование препаратов биомедицины и средств народной медицины | 23 |
| Самостоятельное назначение препаратов биомедицины | 15 |
| Самостоятельное назначение средств народной медицины (травы, натирания и т. д.) | 9 |

Возможно, такая значительная доля обращающихся к конвенциональной медицине как к профессиональной, так и на уровне самолечения, даже в рамках третьей ситуации – хроникализации болезни, связана с тем, что респонденты говорили о решениях, связанных с самым серьезным для них заболеванием. Как было указано во второй главе, в ходе анализа качественных интервью наблюдалось различие медицинских моделей по отношению к разным заболеваниям (это, безусловно, связано и с объективными особенностями заболевания и его протекания, но и с субъективными оценками с точки зрения серьезности, перспективы лечения и т.д.). Соответственно, когда речь шла о заболевании, субъективно воспринимаемом как более серьезное и тяжелое, то его лечение чаще сопровождалось обращением за профессиональной медицинской помощью, более основательной терапией в рамках конвенциональной медицины, а наличие альтернативных решений чаще обосновывалось как дополнительные и поддерживающие мероприятия. А вот проявления заболеваний (которые часто являются сопутствующими основному), серьезность которых оценивается в меньшей мере, – чаще снимаются посредством альтернативных методов.

¹ Расчет производился на основе шкалы с множественным выбором.

Возможно, настолько низкая представленность неконвенциональной медицины связана именно с методологическим решением в рамках полужформализованного интервью говорить только об одном самом главном заболевании.

Кстати, согласно исследованию, проведенному Левада-центром в 2017 году, были зафиксированы следующие показатели доверия неконвенциональным медицинским системам (с учетом ответов «полностью доверяю» и «скорее доверяю», при выборке N=1600): народной медицине – 52%; восточной медицине – 30%; гомеопатии – 16; экстрасенсам – 9%¹. Однако, не вызывает никаких сомнений, что между доверием и конкретным решением выбрать ту или иную медицинскую практику для себя есть большой разрыв. В нашем исследовании доверие народной медицине проявляется в конкретных решениях скорее в рамках самолечения. А вот обращение к специалистам народной медицины и других направлений неконвенциональной медицины встречается крайне редко. Если следовать логике феноменологического подхода, то, получается, что даже для пациентов, испытывающих доверие к альтернативным медицинским практикам, они не являются релевантными для ситуации конкретного выбора, они не встроены в модели поведения.

3.2 Социокультурные факторы принятия терапевтических решений хроническими пациентами в разных клинических ситуациях: количественный анализ

В данном параграфе обратимся к следующей задаче исследования – определить меру представленности факторов пациентского выбора в ситуации «дебюта болезни» (первая ситуация болезни) и ее хроникализации (третья ситуация).

Ситуация постановки диагноза и назначения лечения (вторая ситуация болезни) не была включена в данную задачу, поскольку включение факторов второй ситуации в бланк интервью заметно усложнил бы процесс коммуникации

¹ Общественное мнение – 2017 (Ежегодник). 2018. С.69.

интервьюера и респондента, и увеличил бы время опроса, что сделало бы проблематичным осуществление исследования в целом. Вместе с тем, анализ факторов медицинского выбора во второй ситуации представляется перспективным направлением исследования для будущих изысканий.

Надо отметить, что ситуация постановки диагноза и назначения лечения имеет принципиально иной репертуар терапевтических решений и, соответственно, набор факторов, на них влияющих. В частности, структура медицинского выбора пациента в рамках второй ситуации связана с принятием или непринятием диагноза и первого назначения врача. По результатам качественного этапа исследования основное влияние на решения пациента во второй ситуации оказывают три фактора: рациональный фактор, проявляющийся в желании собрать несколько мнений и выбрать из них наиболее «правдоподобное» (в терминологии Гарро); фактор «доверие медицинским институциям» (конкретному врачу или клинике); и в случае серьезных диагнозов эмоциональный фактор (например, страх). Надо отметить, что эксплицированные факторы непосредственно связаны с обыденными представлениями о болезни, ее лечении и медицинских институтах (об этом подробнее изложено в параграфе 2.1).

Остановимся подробнее на описании методологического подхода к выделению факторов и оценки степени их влияния. Сохраняя логику феноменологического подхода, и на этапе классического исследования изучение факторов происходило с позиции пациента. Во-первых, в классическое исследование были включены только те факторы, которые были выявлены в ходе анализа глубинных интервью и фокус-группы в рамках качественного исследования¹, т.е. только те факторы, которые упоминали наши информанты в своих нарративах в качестве мотивов терапевтических решений. Во-вторых, каждый респондент самостоятельно производил оценку меры влияния факторов на свои терапевтические решения. Здесь нужно пояснение. На эмпирическом

¹ 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.

уровне факторы были представлены набором суждений, которые были сформулированы как объясняющие мотивы и выполняли роль индикаторов факторов. Т.е. в инструменте исследования респондентам был предложен набор суждений (бланк полуструктуризованного интервью в Приложении 4). Далее респондент отбирал актуальные для своего поведения суждения-индикаторы и оценивал степень их влияния на свои терапевтические решения по трехчленной шкале – от очень серьезного влияния до незначительного.

При этом в соответствии с методологией исследования и на основании теоретических и логических принципов отдельные простые факторы были обобщены — до уровня более сложного (составного) фактора «культурное знание». Также в рамках первой ситуации болезни в анализ были включены два относительно простых (несоставных) фактора – «финансовая доступность», «боль и другие интенсивные симптомы болезни». В свою очередь, в рамках третьей ситуации болезни был выделен только один относительно простой фактор – «финансовая доступность».

Рассмотрим подробнее сложный фактор «культурное знание», являющийся исследовательским конструктом. «Культурное знание» – это система обыденных представлений о болезни, природе заболевания, способах ее лечения. К конструкту «культурное знание» относятся представления о различных системах медицинского знания (биомедицине и неконвенциональной медицине), а также о медицинских учреждениях. Важно подчеркнуть, что культурное знание корректируется личным опытом лечения, опытом взаимодействия с различными медицинскими учреждениями (подробнее о механизмах формирования и функционирования «культурного знания» в параграфе 1.1). Исходя из этого в сложный фактор «культурное знание» в рамках первой ситуации болезни были включены следующие простые факторы:

- 1) субъективная оценка болезни (с точки зрения серьезности);
- 2) доверие медицине как науке;
- 3) знания, полученные от «другого» (социальная сеть (социальное окружение), виртуальная сеть, врачи из социального окружения);

- 4) отношение к медицинским институциям (включает доверие врачам и оценку медицинских учреждений);
- 5) привычное поведение.

Для третьей ситуации болезни структура сложного фактора «культурное знание» несколько отличалась от первой ситуации болезни (учитывая накопленный личный опыт болезни и ее лечения, появляется важный для хронических больных фактор «знание себя»):

- 1) доверие медицине как науке;
- 2) представления о болезни (общие представления о природе заболевания и его лечении);
- 3) отношение к медицинским институциям (включает доверие врачам и оценку медицинских учреждений);
- 4) знание себя (на основе личного опыта лечения болезни);
- 5) знания, полученные от «другого».

Здесь необходимо сделать несколько важных уточнений относительно отдельных факторов.

Во-первых, в структуре факторов не выделен психологический фактор. Выше уже упоминалось, что в когнитивной медицинской антропологии отсутствует само противопоставление рассудка и эмоции, эмоциональная составляющая встроена в рациональный процесс принятия решений¹. Более того анализ качественных интервью демонстрирует наиболее заметное влияние эмоциональной составляющей на решения в рамках второй ситуации (т.е. принятия диагноза и согласия с назначением), относительно которой не была поставлена задача описания количественной представленности факторов.

Во-вторых, в состав фактора «культурное знание» в рамках первой ситуации болезни отдельно включен фактор «привычное поведение». Этот фактор важен на начальном этапе развития хронической болезни, пока не накоплен личный опыт лечения конкретной болезни, и человек может принимать терапевтические решения на основе привычных схем поведения в подобных

¹ Damasio A.R. Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain. 1994

ситуациях. Но может ли поведение пациента, основанное на привычке, считаться рациональным? Это принципиальный вопрос, поскольку, в соответствии с методологическими принципами исследования, медицинский выбор пациента рассматривается как рациональный процесс. Как было показано в первой главе, поведение, основанное на привычке, включено в спектр рационального поведения, поскольку любое действие, совершенное по привычке отсылает нас к начальному моменту ее формирования, которому всегда предшествует рациональный или разумный выбор¹. Более того, в ситуации, требующей выбора, невозможен автоматизм, потому что всегда есть процесс идентификации проблемы, после которого из существующих альтернативных вариантов происходит выбор привычного поведения, которое оценивается, как наиболее оптимальное в данной ситуации. Здесь необходимо отличить понятие привычки как рутинизированного, автоматического действия, релевантного этнометодологическому исследованию и некоторым другим теориям поведения² от привычного действия, включающего осознанный выбор привычной модели поведения.

Теперь, когда основные методологические вопросы измерения факторов медицинского выбора пациентов рассмотрены, перейдем к описанию результатов исследования.

Медицинский выбор терапевтических решений хроническими пациентами практически всегда основывается на тех или иных культурных представлениях, связанных с болезнью и медициной – в ситуации начала развития болезни 82% хронических пациентов указали на решающее влияние хотя бы одного фактора, входящего в структуру «культурного знания».

Остановимся подробнее на анализе составляющих конструкта «культурное знание» в ситуации дебюта болезни. На Рисунке 3.4 представлена иерархия факторов, составляющих «культурное знание», которые респондентами

¹ Щюц А. Избранное: Мир, светящийся. 2004; Финкельштейн И. Е. Концептуализация феномена выбора в феноменологической социологии А. Щюца. 2015. С.272-279.

² Корбут А. Шаблон в структуре действия: электронные медицинские карты и рутинизация в медицинской практике. 2016.

оцениваются как оказавшие наибольшее влияние на их медицинское поведение в ситуации «дебюта». Для 45% хронических больных фактор «субъективная оценка болезни» (с точки зрения серьезности) оказал серьезное влияние на принятие первых терапевтических решений. Не менее влиятельным стал фактор «доверие к медицине как науке», его сильное влияние на решения отметили 43% хронических больных. Далее следует фактор «привычное поведение» (29%). Фактор «знания, полученные от другого» оказал сильное влияние на первые терапевтические решения четверти хронических больных (26%). Если при оценке факторов «культурного знания» не учитывать степень их влияния на решения, то их представленность увеличивается в 1,5-1,8 раза.

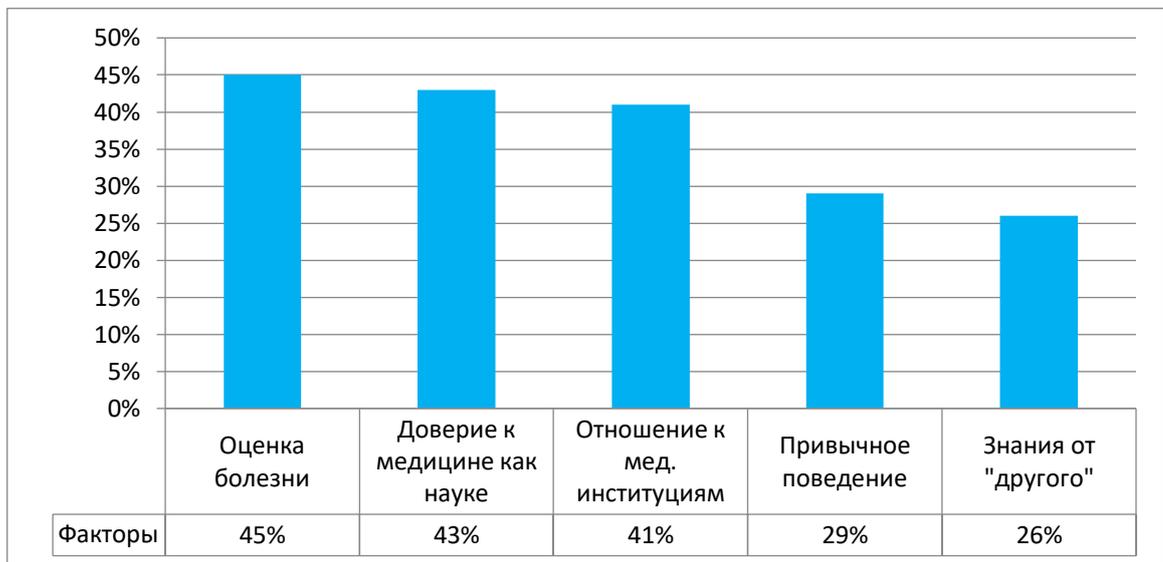


Рисунок 3.4 – Факторы культурного знания, оказавшие серьезное влияние на процесс принятия решения в ситуации «дебюта болезни» (в % от общего числа опрошенных, V=510)

Распространенность факторов, составляющих культурное знание, в ситуации «дебюта болезни» значительно отличается в группах пациентов с разными терапевтическими решениями. Как уже было указано в предыдущем параграфе на начальной стадии развития хронической болезни самым распространенным пациентским выбором является обращение к конвенциональному врачу (76,8%), а вторая по популярности модель – это комбинированный выбор, сочетание обращения к конвенциональному врачу и самолечения (14,5%).

На Рисунке 3.5 наглядно проиллюстрировано распределение факторов культурного знания в двух группах пациентов с самыми распространенными терапевтическими решениями (без учета степени влияния факторов)¹. Итак, в группе пациентов с комбинированным поведением в ситуации «дебюта болезни» существенно выше влияние фактора «отношение к медицинским институциям» 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 институциям². Это подтверждается количественной представленностью суждений, которые в исследовании выполняли роль индикаторов данного фактора: в группе респондентов с самым распространенным вариантом комбинированного выбора «сначала самолечение – потом обращение к конвенциональному врачу» чаще встречались суждения, указывающие на отрицательный характер отношения к медицинским институциям (в 1,6 раза больше относительно респондентов, для которых характерен моновыбор)³. Вполне возможно, что обращение к самолечению (и в отдельных случаях к неконвенциональным медицинским практикам) как раз вызвано таким скорее отрицательным отношением к медицинским институциям. Ожидаемо, что для хронических больных, осуществляющих самостоятельное лечение (как моновыбор или в сочетании с обращением к конвенциональной медицине), простой фактор «знания, полученные от другого» значительно чаще становится актуальным в процессе принятия терапевтических решений в ситуации дебюта болезни⁴. На Рисунке 3.5 фактор «знания, полученные от «другого» почти в два

¹ На Рисунке 3.5 представлено распределение факторов, актуальных для респондентов, но с разной степенью влияния (оценка выбранных суждений-индикаторов производилась респондентами по 3-х членной шкале - от решающего влияния до незначительного). Более подробно см. Приложение 5, Таблица 5.6.

² Следует отметить, что общее понятие «медицинские институции» в нашем исследовании обозначает различные типы официальных медицинских учреждений, практикующих именно биомедицину, в частности, такие, как поликлинику и стационар, что, безусловно, упрощает изучаемую ситуацию. Однако для целей нашего исследования такого рода обобщения было вполне достаточно.

³ В качестве суждений-индикаторов, указывающих на отрицательный характер отношения к медицинским институциям, использовались следующие: «Я не доверяю врачам» и «Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям, там все слишком плохо организовано» (см. Приложение 5, Таблица 5.7).

⁴ Использовали критерий хи-квадрат, уровень значимости взаимосвязи данного фактора и дифференциации медицинского выбора соответствует $p < 0.05$ (Приложение 5, Таблица 5.6).

раза чаще встречается в группе пациентов с комбинированным выбором «сочетание официальной медицины и самолечения» (74% против 39%).

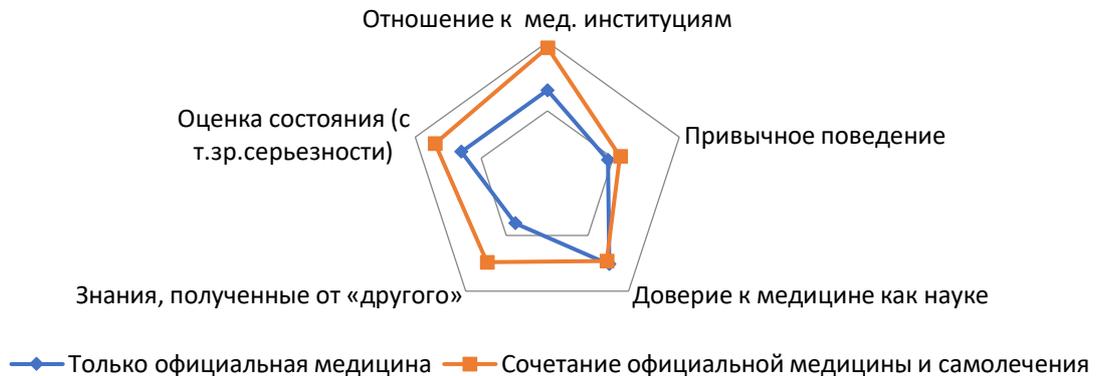


Рисунок 3.5 - Конфигурация факторов, входящих в состав культурного знания, в группах пациентов с разными терапевтическими решениями в ситуации «дебюта болезни»

Что касается фактора «оценка своего состояния», в группе пациентов, выбирающих конвенционального врача, влиятельным мотивом в принятии решения чаще оказывается оценка своего состояния, как серьезного. В группе пациентов, выбирающих самостоятельное лечение, этот мотив также оказывается влиятельным для определенной части респондентов, но оценка своего состояния, как несерьезного, безусловно, встречается чаще. Также анализ индексов влияния отдельных мотивов, показывает, что для пациентов, выбирающих конвенционального врача, более значимым в принятии решения является доверие к биомедицине (индексы влияния мотивов см. Приложение 5, Таблица 5.8).

Безусловно, пациентский выбор терапевтических решений – это сложный многофакторный процесс, не сводимый только к культурным представлениям. В рамках первой ситуации болезни наряду с факторами, составляющими структуру культурного знания, в анализ также был включен фактор «финансовая доступность» (79%) и фактор «боль и другие интенсивные симптомы болезни» (49%). Почти половина пациентов на первой стадии развития хронического заболевания указывали на сильное влияние объективного течения болезни на терапевтические решения. Но важно отметить, что этот объективный фактор имеет значение в формировании оценки своего состояния как серьезного (в структуре культурного знания это фактор «субъективная оценка болезни» с точки

зрения серьезности)¹. Также обращает на себя внимание то, что фактор «боль и другие интенсивные симптомы болезни» актуален для пациентов совершающих разный выбор. Это может говорить о том, что данный фактор важен в ситуации выбора между «начать лечение или само пройдет», а вот уже на выбор конкретного способа и формы лечения оказывает не такое сильное влияние (хотя индекс влияния суждения-индикатора фактора «боль...» чуть выше при выборе профессиональной медицинской помощи, чем при выборе самолечения)².

Финансовая доступность как фактор значительно более актуален для пациентов старше 70 лет (92%) и для пациентов с низким материальном положением, что вполне объяснимо: старшая возрастная группа оказывается и самой экономически незащищенной. В целом, анализ показал, что с ростом материального благополучия падает и влияние фактора «финансовая доступность» на принятие терапевтического решения (Рисунок 3.6). Также влияние фактора «финансовая доступность» уменьшается и с ростом уровня образования (Рисунок 3.6).

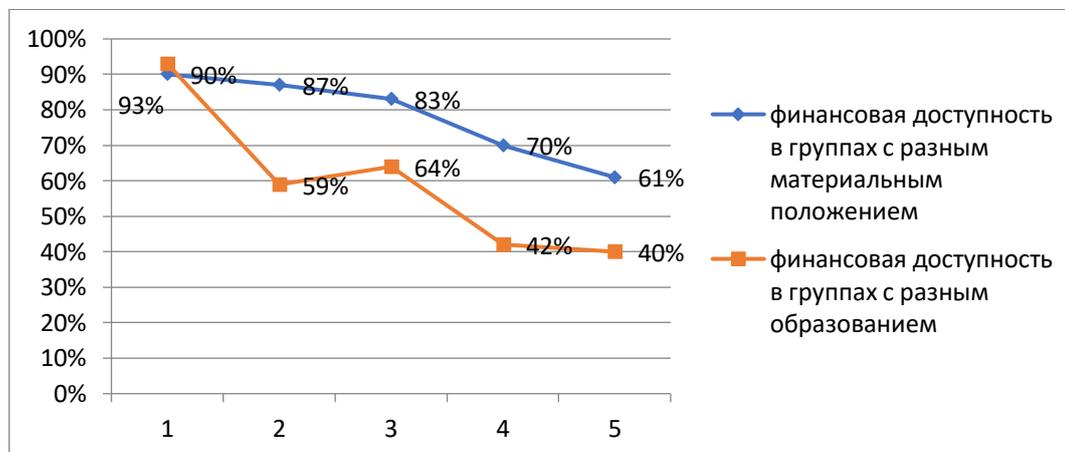


Рисунок 3.6 – Представленность фактора «финансовая доступность» в группах пациентов с разным материальным положением и уровнем образования (% от общего числа опрошенных, V=510)³

Для третьей ситуации, как указывалось выше, отличается структура факторов, составляющих культурное знание. Различия в конфигурациях факторов

¹ Их близость показывает и факторный анализ (Приложение 5, Таблица 5.9).

² Приложение 5, Таблицы 5.6; 5.7; 5.8.

³ Материальное положение измерялось по шкале: 1 - нуждающиеся; 2-малообеспеченные; 3-более или менее обеспеченные; 4-довольно обеспеченные; 5 - высокообеспеченные.

Уровень образования измерялся по шкале: 1-неполное среднее; 2-полное среднее; 3-среднее специальное; 4-высшее (неполное высшее); 5-два высших или научная степень.

в первой и третьей ситуациях связаны в первую очередь с тем, что на этапе хроникализации болезни уже накоплен опыт лечения. На Рисунке 3.7 представлено распределение факторов, влияние которых респондент оценил максимально.

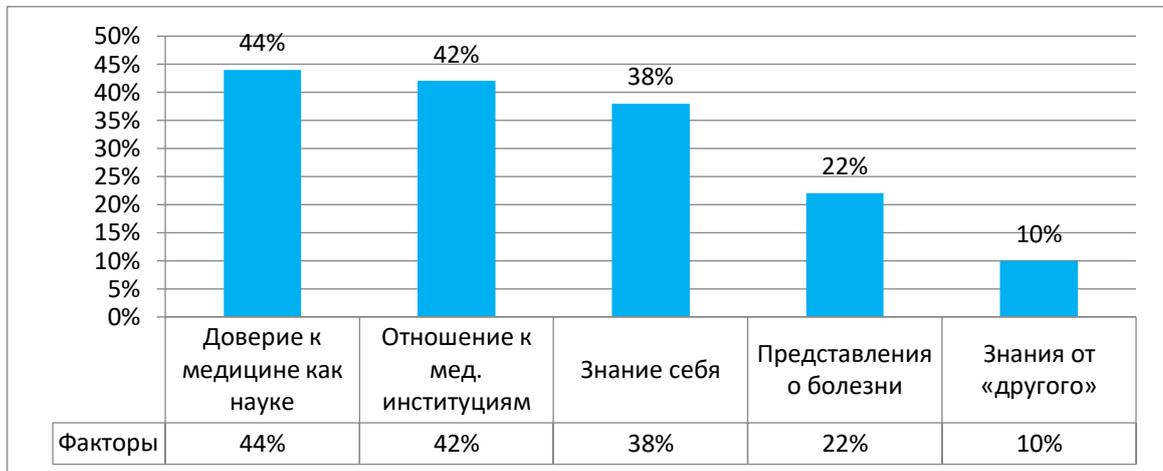


Рисунок 3.7 – Конфигурация факторов медицинского выбора, составляющих культурное знание, в ситуации перехода болезни в хроническую стадию (с учетом максимального влияния)

Конфигурация факторов, составляющих сложный фактор «культурное знание», выглядит следующим образом: «доверие к медицине как науке» (44%), «отношение к медицинским учреждениям» (42%), «знание себя» (38%), «общие представления о болезни» (22%), «знания, полученные от «другого» (10%). Влияние фактора «знания, полученные от «другого» в третьей ситуации болезни снизилось в 2,6 раза относительно первой ситуации (такое различие может быть связано с тем, что в ситуации хроникализации пациент принимает решения на основе уже интериоризованных культурных представлений). В целом, если при оценке факторов «культурного знания» не учитывать степень их влияния на решения, то их представленность существенно увеличивается – от 1,6 до 3,3 раза.

Также можно отметить, что значение фактора «знание себя» отличается в разных возрастных группах. Чем моложе пациент, тем выше влияние этого фактора. К примеру, в группе пациентов от 18 до 30 фактор «знание себя» представлен в 1,4 раза больше, чем в группе старше 70 лет¹. Возможно, этот

¹ хи-квадрат на уровне значимости $p = 0,005$.

фактор и определил более активный выбор самостоятельного лечения в возрастных группах молодых пациентов (от 18 до 30 и от 31 до 44)¹.

Как показало исследование, фактор «отношение к медицинским учреждениям» в рамках третьей ситуации болезни возрастает по мере роста материального положения (от 29% до 48%). Видимо, это связано с появлением финансовой возможности выбирать форму медицинской институции (государственную или платную).

Что касается фактора «финансовая доступность», то он значим для 51% опрошенных. Его представленность значимо возрастает по мере снижения материального положения пациентов, их уровня образования и повышения возраста. Соответственно, самое высокое значение этот фактор имеет в группах пенсионного возраста, с низким уровнем образования и материального положения (Подробнее см. Приложение 5, Таблица 5.10).

В предыдущем параграфе были представлены три основные модели медицинского выбора, характерные для пациентов в ситуации хроникализации – наблюдение у конвенционального врача (57%), самолечение (23%) или их сочетание (15,8%)². Какие же факторы оказывают влияние на тот или иной выбор хронического пациента? В таблице 3.3 представлено распределение факторов у пациентов с разными моделями выбора без учета степени влияния, т.е. в распределение вошли и те, которые оказали сильное, решающее действие и те, которые повлияли, но незначительно.

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 суждений³ также подтверждает, что отказ от наблюдения у врача продиктован в первую очередь уверенностью в своих возможностях правильно

¹ По возрастным группам самостоятельное лечение распределяется так: 18-30 – 44%; 31-44 – 45%; 45-59 – 41%; 60-69 – 37%; старше 70 – 34% .

² Остальные варианты медицинского выбора находятся в пределах статистической погрешности.

³ См. Приложении 5, Таблица 5.11.

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).

Таблица 3.3 – Конфигурация факторов медицинского выбора, составляющих сложный фактор «культурное знание», в группах с разными терапевтическими решениями (без учета степени влияния)

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

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 учреждениям». Для данной самой многочисленной категории пациентов характерна уверенность в эффективности конвенциональной медицины и в необходимости наблюдения у врача¹.

В случае комбинированного выбора все рассматриваемые факторы выравниваются и являются актуальными для этой категории пациентов.

Напомним, что в фактор «знания, полученные от «других» входят различные каналы получения информации, в частности интернет. На этапе анализа качественных интервью мы встречали ситуации активного использования интернета как для составления репутационного статуса врача, так и для поиска

¹ Этот вывод сделан на основе анализа отдельных суждений (см. Приложение 5, Таблица 5. 11).

новой информации, новых способов лечения, а также поиска информации о назначенном лечении. В качестве иллюстрации несколько цитат из интервью:

«Правда, в это же время я стал интересоваться уже более детально в интернете что это за заболевание, выяснять причины, так сказать, методы лечение. То есть, стал погружаться в эту проблему» (муж., 69 лет, почечная недостаточность).

«Да, конкретно, есть, есть, есть, собственно, сайт, по-моему, он называется «Псора.нет», и так вот, собственно, все эти «псориазники» там все тусуют, форум, да, там форум, там куча, ну, форум понятно - там люди общаются, а есть уже, из их общения столько много накопилось там всякой информации, она уже, как бы, как в энциклопедию, грубо говоря, вынесена в отдельные статьи» (муж, 37 лет, псориаз).

Однако, в качестве фактора, влияющего на принятие решения в третьей ситуации интернет выбирали только 14%, индекс влияния этого фактора составляет в целом по массиву 0,23 и чуть выше при выборе самолечения и альтернативных систем – 0,34 и 0,40¹, т.е. интернет редко оценивается пациентами как фактор, обуславливающий терапевтические решения. При этом 43% респондентов пользуются интернетом, чаще всего просматривая медицинские сайты (72%) и смешанные сайты пациентов и врачей (35%). Подавляющее большинство (88%) респондентов, использующих медицинский интернет контент, в качестве цели обращения к интернету называют – «получение информации о своих симптомах, лекарствах, способах лечения и т.д.»; треть респондентов отмечали в качестве мотива «поиск альтернативных средств лечения»; 20% – «поиск клиники/доктора»; 17% – «обмен опытом лечения с другими пациентами». Другими словами, интернетом пользуются в основном для получения дополнительной информации, которая не оказывает детерминирующего действия на медицинский выбор. Однако, учитывая возможности современных информационных технологий для медицины, в исследовании удалось зафиксировать 8% респондентов, которые прибегали к

¹ см. Приложение 5, Таблица 5.11. Расчет индекса от 0 до 3.

онлайн консультациям врачей, а 12% использовали интернет для перепроверки диагноза и перспектив лечения в других клиниках.

Резюмируя некоторые результаты по этому параграфу, надо отметить, что, в целом, результаты исследования подтверждают важность факторов, составляющих «культурное знание» и, соответственно, решающее влияние этого сложного фактора на процесс принятия терапевтических решений пациентами. При этом нельзя не учитывать влияние объективных условий, связанных с финансовой доступностью различных вариантов терапевтических решений, а также особенностью протекания болезни.

Также, напомним, что основными моделями медицинского выбора в ситуации «дебюта болезни» стали две модели – это выбор «только врача биомедицины» и комбинации «врача биомедицины и самолечения», а в ситуации хроникализации болезни – три модели: моновыбор «только врача биомедицины», моновыбор «только самолечения» и комбинированный выбор «врача биомедицины и самолечения». При этом неконвенциональная медицина представлена в основном использованием народной медицины при самостоятельном лечении. Надо отметить, что самое значительное отличие конфигурации социокультурных факторов, относительно их распределения в целом по выборке, наблюдается в рамках модели «только самолечение» – повышается значение фактора «знания, полученные от «другого», но снижается влияние факторов «доверие к медицине как науке» и «отношение к медицинским учреждениям».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе поставлена крайне важная для современного мира проблема медицинского выбора терапевтических решений хроническими пациентами. Эта тема подсказана самой жизнью. На фоне медиализации современных обществ мы наблюдаем рост доли хронических больных – современные медицинские технологии позволяют поддерживать жизнь людей, страдающих хроническими заболеваниями, так что они и не вылечиваются полностью, но и не умирают. При этом институциональная среда здравоохранения в крупных российских городах хорошо развита, и пациенты имеют возможность выбирать – врачей, тип медицинского учреждения, форму оплаты, подход к лечению, тип медицины (конвенциональная биомедицина или неконвенциональная медицина). Поэтому повседневная жизнь хронического пациента ставит вопросы, которые требуют от него принятия целого ряда терапевтических решений.

Представители когнитивной медицинской антропологии подчеркивают, что необходимо пристальное исследовательское внимание к болезни как культурному конструкту, поскольку пациентская картина болезни, сотканная из обыденных представлений, индивидуального опыта и переживаний, часто определяет решения пациента¹, от которых зависит качество жизни больных и их семей, а иногда и сама жизнь.

Реализованное в данной работе исследование социокультурных оснований медицинского выбора хронических пациентов восполняет пробел в развитии отечественных социогуманитарных исследований медицины. Новой для российских социальных исследований в области медицины является и методологическая оптика для изучения факторов, влияющих на человека в процессе принятия терапевтических решений – когнитивная медицинская антропология Л.Гарро и феноменологическая социология А.Шюца. Такое

¹ Kleinman A., Eisenberg L., Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. 2006.

сочетание когнитивной антропологии и феноменологического подхода позволило фундировать все основные понятия необходимые для исследования медицинского выбора более основательно – интерпретативная рациональность или «интерпретативное правдоподобие»; «культурное знание»; «дивергентная рациональность».

Данная работа демонстрирует перспективность такого методологического подхода к пациентскому выбору, с учетом специфики ситуации принятия решений – когда сравнение альтернативных вариантов с точки зрения рисков и положительных эффектов на основе абсолютной рациональности представляется невозможным, и на решения оказывают влияние социальные и культурные факторы.

В работе медицинский выбор хронических пациентов изучается в трех основных ситуациях болезни, которые соответствуют разным стадиям ее развития – «дебют болезни»; постановка диагноза/назначение лечения; хроникализация болезни.

Использование на эмпирическом уровне стратегии последовательного сочетания качественной и количественной стратегии исследования позволила на первом этапе составить подробную классификацию терапевтических решений и социокультурных факторов, их обуславливающих, для трех основных ситуаций болезни, а на втором этапе измерить количественную представленность решений и факторов.

В классификацию терапевтических решений были включены новые для российских исследований альтернативные варианты: при выборе профессиональной медицинской помощи помимо обращения к врачам биомедицины были включены специалисты неконвенциональной медицины; обосновывается и вводится в качестве альтернативного варианта решения категория «свой врач»; при выборе самостоятельного лечения выделены медикализируемая и немедикализируемая формы. В ходе качественного анализа была эксплицирована классификация пациентов с точки зрения сочетания различных видов медицины.

Исследование подтверждает важность фактора «культурное знание» в процессе принятия терапевтических решений. Медицинский выбор терапевтических решений хроническими пациентами практически всегда основывается на тех или иных культурных представлениях, связанных с болезнью и медициной.

В настоящей работе «культурное знание», как исследовательский конструкт, включает представленные в культуре и инкорпорированные субъектом знания о болезни, природе заболевания, способах ее лечения. К конструкту «культурное знание» относятся представления о различных системах медицинского знания (биомедицине и неконвенциональной медицине), а также о медицинских институциях. Важно подчеркнуть, что культурное знание корректируется личным опытом лечения, опытом взаимодействия с различными медицинскими институциями.

Введенный в анализ сложный фактор «культурное знание» имеет следующую структуру: для первой ситуации болезни – (1) доверие к медицине как науке; (2) субъективная оценка болезни (с точки зрения серьезности); (3) знания, полученные от «другого» (социальная сеть (социальное окружение), виртуальная сеть, врачи из социального окружения); (4) отношение к медицинским институциям (включает доверие врачам и оценку медицинских учреждений); (5) привычное поведение; для третьей ситуации болезни (хроническая болезнь) – (1) доверие к медицине как науке; (2) представления о болезни (общие представления о природе заболевания и его лечении); (3) отношение к медицинским институциям (включает доверие врачам и оценку медицинских учреждений); (4) знание себя (на основе личного опыта лечения болезни); (5) знания, полученные от «другого».

Также помимо факторов, составляющих культурное знание в анализ было включено еще два фактора – в первой ситуации «боль и другие интенсивные симптомы болезни» и «финансовая доступность», а в третьей ситуации – только «финансовая доступность».

В результате исследования были получены основные модели медицинского выбора пациентов в крупном российском городе в ситуации «дебюта болезни» и

ее хроникализации. Две модели в первой ситуации – это мновыбор «только официальная медицина» и комбинированный выбор «официальная медицина и самолечение», а в ситуации хроникализации болезни – три модели: моновыбор «только официальная медицина», моновыбор «только самолечение» и комбинированный выбор «официальная медицина и самолечение». При этом неконвенциональная медицина представлена в основном использованием народной медицины при самостоятельном лечении.

Конфигурация факторов, составляющих «культурное знание», отличается в трех моделях пациентского выбора в ситуации хроникализации болезни. В рамках модели «только самолечение» особое значение имеет фактор «знание себя» (на основе личного опыта лечения); также фактор «знания, полученные от «другого» значительно выше, чем у приверженцев обращения к врачам, хотя значение этого фактора существенно ниже, чем в первой ситуации; факторы «отношение к медицинским институциям» и «доверие к медицине как науке» теряют свои позиции относительно других моделей. Для пациентов, совершающих моновыбор «только официальная медицина», ситуация обратная. В случае комбинированного выбора, с учетом его специфики, и фактор «знание себя», и фактор «отношение к медицинским институциям» являются актуальными для этой категории пациентов.

По-прежнему, несмотря на существующее многообразие медицинских практик в институциональном поле здравоохранения крупного российского города (на примере города Самары), в вопросе выбора профессиональной медицинской помощи доминирует биомедицина. Пациенты могут быть не довольны структурой, организацией процесса получения медицинской помощи, но при этом они не видят другого для себя пути решения проблем со здоровьем. Здесь хотелось бы напомнить, качественный анализ интервью показал, что даже пациенты, для которых характерен выбор неконвенциональной медицины, в сложных ситуациях отдадут предпочтение биомедицине. Хотя одновременно с этим также было выявлено, что многие информанты, выбирающие биомедицину,

стремились минимизировать медикализацию своей жизни (отказ от конкретных видов препаратов, уменьшение количества лекарств или дозировок и т.д.).

Данная работа открывает перспективу дальнейших исследований проблемы медицинского выбора пациентов, в том числе в совершенствовании методологии измерения социокультурных факторов медицинского выбора.

Тема медицинского выбора, совершаемого на основе дивергентной рациональности, требует отдельного самостоятельного изучения, – для более полного исследования структуры медицинских знаний пациентов, комбинирующих терапевтические решения, связанные с разными типами медицины.

В рамках проблемы коммуникации врача и пациента особого внимания заслуживает тема влияния врача на формирование медицинских знаний пациента, на его интерпретацию различных стратегий лечения и, соответственно, на принятие пациентом окончательных решений относительно лечения.

Сегодня в медицине активно развиваются новые медицинские технологии (такие как геномная медицина), у пациентов появляются новые возможности взаимодействия с врачами, благодаря современным информационным технологиям. Как эти процессы повлияют на медицинский выбор пациента, – требует отдельного анализа.

Исследования медицинского выбора в оптике когнитивной медицинской антропологии в России проводятся нечасто. При этом концептуальная модель, учитывающая нарративную структуру обыденных медицинских знаний пациента и объективные условия доступности различных культурных схем, показала свою продуктивность в осмыслении процесса принятия терапевтических решений пациентами. Однако стремление описать модели медицинского выбора для хронических пациентов с разными заболеваниями в определенной степени ограничивало познавательный потенциал когнитивной медицинской антропологии. Для преодоления этого ограничения перспективными направлениями для дальнейших изысканий является более скрупулезный анализ нарративной структуры обыденных медицинских знаний разных групп пациентов,

исследование модели принятия терапевтических решений пациентами для конкретной болезни. Использование оптики когнитивной медицинской антропологии в российском эмпирическом поле было бы полезным для изучения специфики медицинского выбора в сельской местности, в республиках, где сильны национальные традиции (в том числе связанные с народной медициной).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Научные монографии и брошюры

1. Бурдые П. Практический смысл. СПб.: Алетейя, 2001. 562 с. ISBN 5-89329-351-7.
2. Вебер М. Основные социологические понятия // Избранные произведения. — М.: Прогресс, 1990. 808 с. ISBN 5-01-001584-6.
3. Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни / Д. Витулкас ; Джордж Витулкас ; пер. с англ. Семенова А. П. М.: Классическая медицина, 2008. 191 с. ISBN 978-5-902508-09-0.
4. Гидденс Э. Устроение общества: Очерк теории структуризации. М.: Академический Проект, 2005. 528 с. ISBN 5-8291-0629-9.
5. Гирц К. Интерпретация культур. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. 560 с. ISBN: 5-8243-0474-2.
6. Готлиб А.С. Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты. Самара: Универс-групп, 2004. 448 с. ISBN 5-467-00034-9.
7. Гофман И. Анализ фреймов: Эссе об организации повседневного опыта / Пер. с англ. Р.Е. Бумагина, Ю.А. Данилова, А.Д. Ковалева, О.А. Оберемко под ред Г.С. Батыгина и Л.А. Козловой. М.: Институт социологии РАН; ФОМ, 2004. ISBN 5-93947-011-4.
8. Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетейя, 2006. 544 с. ISBN 5-98639-006-7.
9. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: Монография. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. 376 с. ISBN 978-5-903776-02-3.
10. Йоас Х. Креативность действия. СПб.: Алетейя, 2005. 320 с. ISBN 5-89329-782-9.
11. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. Харьков: Издательство Институт прикладной психологии «Гуманитарный Центр», 2005. 632 с. ISBN 966-8324-14-5.

12. Кириленко Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания и этнокультурная специфика. Томск, ИОА СО РАН, 2008. ISBN 978-5-94458-087-0.
13. Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvinoliteratūrosnamai, 2018. 312 с. ISBN 978-609-8213-38-6.
14. Михель Д. В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Саратов.гос.техн.ун-т, 2015. 320 с. ISBN 978-5-7433-2959-5.
15. Вызовы пандемии и стратегическая повестка дня для общества и государства: социально-политическое положение и демографическая ситуация в 2021 году: [монография] / В. К. Левашов [и др.] ; отв. ред. В. К. Левашов, Г. В. Осипов, С. В. Рязанцев, Т. К. Ростовская; ФНИСЦ РАН. М. : ФНИСЦ РАН, 2021. 558 с. ISBN 978-5-89697-384-3 URL: https://www.isras.ru/files/File/Vysovy_pandemii_monograf_2021.pdf (дата обращения: 20.02.2022).
16. Общественное мнение – 2017 [Ежегодник]. М.: Левада-Центр, 2018. 272 с. URL: <https://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2018/05/ОМ-2017.pdf> (дата обращения: 14.12.2018).
17. Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический Проект, 2000. 880 с. ISBN 5-8291-0016-9.
18. Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, западной Германии и Франции / под ред. Е.И. Кириленко. – Томск: Сибирский гос.медуниверситет, 2012. ISBN 978-5-98591-078-0.
19. Рикёр П. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике / Поль Рикёр ; Ин-т философии Российской академии наук ; пер. с фр., вступ. ст. и коммент. И. С. Вдовиной. М.: Академический Проект, 2008. 695 с. ISBN: 978-5-8291-1025-3.
20. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина, 2010. 863 с. ISBN 978-5-9704-1829-1.

21. Социальные контексты здоровья: монография / З.Х. Саралиева, С.А. Судьин, А.М. Бекарев, Г.Л. Воронин [и др.]. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2020. 263 с. ISBN 978-5-93116-217-1. URL: <http://www.fsn.unn.ru/wp-content/uploads/sites/5/Sotsialnye-konteksty-zdorovya.pdf> (дата обращения: 20.02.2022).

22. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А.А.Ослон. М.: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. 319 с. ISBN: 978-5-93947-035-3. URL: https://media.fom.ru/fom-static/ФОМ%20-%202021%20-%20Книга%20-%20Социология%20пандемии_Проект%20коронаФОМ.pdf (дата обращения: 10.01.2022).

23. Филипсон М. Феноменологическая философия и социология // Новые направления в социологической теории: сб.ст. М.: Прогресс, 1978. 392 с.

24. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с. ISBN 5-89357-030-8.

25. Хайдарова Г. Феномен боли в культуре. – СПб: Издательство Русской христианской гуманитарной академии, 2013. ISBN 978-5-88812-551-9.

26. Шишкин С.В., Бурдяк А.Я., Потапчик Е.Г. Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения: препринт WP8/2014/02./. М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. 36 с. URL: https://www.hse.ru/data/misc/library/WP8_2014_02.pdf (дата обращения: 15.01.2017).

27. Щюц, А. Избранное: Мир, светящийся. М.: РОССПЭН, 2004. 1056 с. ISBN 5-8243-0513-7.

28. Эльстер Ю. Объяснение социального поведения: еще раз об основах социальных наук / пер. с англ. И. Кушнareвой; М.: Изд. дом Гос. ун-та — Высшей школы экономики, 2011. 472 с. ISBN 978-0-521-77179-5.

Статьи

29. Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению (Лекции для врачей) // Эндокринология. 2012. №4 . С. 64-69. URL:

https://elibrary.ru/download/elibrary_21958718_98353097.pdf (дата обращения: 14.12.2019).

30. Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Дубровский Р. Г., Спирина В. Л. Отказ от вакцинации. Качественный анализ биографических интервью // Теория и практика общественного развития, 2014. № 20. С. 208-211. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otkaz-ot-vaktsinatsii-kachestvennyu-analiz-biograficheskikh-intervyu> (дата обращения: 19.03.2019).

31. Аронсон П.Я. Отказ от профессиональной медицинской помощи как следствие утраты доверия экспертному знанию врача и институциональной среде здравоохранения // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2006. №20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otkaz-ot-professionalnoy-meditsinskoj-pomoschi-kak-sledstvie-utraty-doveriya-ekspertnomu-znaniyu-vracha-i-institutsionalnoy-srede> (дата обращения: 12.12.2018).

32. Аронсон П. Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении// Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 2. С.120-131.

33. Белоусова Н.В. Использование интернета пациентами с хроническими заболеваниями г.Самара: эмпирический анализ // Телескоп. 2019. №2. С.40–43

34. Бердышева Е. С., Соколова А. А. Измерения страдания в социальных науках: случай онкологических заболеваний // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. 2018. Т. 126. № 1-2. С. 153-165.

35. Бердышева Е.С., Белявский Б.А. Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самосохранительных практик // INTER. 2021. Т. 13. № 1. С. 9-39. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/variativnost-tsennosti-zdorovya-v-sotsialnyh-polyah-vyzovy-i-stimuly-samosohranitelnyh-praktik> (дата обращения: 11.02.2022).

36. Бороздина Е.А. Логика оказания медицинской помощи и телесное измерение доверия в медицинских взаимодействиях // Социология власти. 2017. №3. С. 82-102. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/logiki-okazaniya-meditsinskoj>

pomoschi-i-telesnoe-izmerenie-doveriya-v-meditsinskih-vzaimodeystviyah (дата обращения: 19.03.2019).

37. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи и карьера болезни // Социологические исследования. 1993. №3. С. 30-36.

38. Бредникова Ольга Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 211-233. URL: https://eusp.org/sites/default/files/archive/gender/Health_Trust/health_trust_2009-211-233.pdf (дата обращения: 10.03.2019).

39. Варламова С. Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад // Социологические исследования. 2010. № 4. С. 75-88

40. Войнилов Ю.Л., Полякова В.В. Мое тело-моя крепость: общественное мнение о биомедицинских технологиях // Социология власти. 2016. Т. 28. №. 1. С. 185-207.

41. Готлиб А. С. Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа // Общество ремиссии : на пути к нарративной медицине: сб.науч. тр. /под общ. ред. В.Л. Лехциера. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2012. С.169-191.

42. Здравомыслова, Е.А., Темкина, А. А. «Врачам я не доверяю, но...». Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С.179-210. URL: https://eusp.org/sites/default/files/archive/gender/Health_Trust/health_trust_2009-179-210.pdf (дата обращения: 10.03.2019).

43. Здравомыслова Е.А., Темкина, А. А. Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки // Общество ремиссии : на пути к нарративной медицине: сб.науч. тр. /под общ. ред. В.Л. Лехциера. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2012. С.124-169. Текст: непосредственный.

44. Земнухова Л. Когда «о'Кей, гугл» не справляется: Как найти психотерапевта в мире людей и технологий // *Laboratorium: журнал социальных исследований*. 2019. 11(1). С.166–176. URL: <https://www.soclabo.org/index.php/laboratorium/article/view/881/2241> (дата обращения 2.06.2020).

45. Исупова О. Г., Рождественская Е. Ю., Лагерева А. Е. Ковидный ресентимент в социальных сетях: репертуар мотивированных суждений // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2021. № 5. С. 374-398. URL: <https://www.monitoringjournal.ru/index.php/monitoring/article/view/2004/1602> (дата обращения: 21.02.2022).

46. Канеман Д. Карты ограниченной рациональности: психология для поведенческой экономики // *Психологический журнал*. 2006. №2. С.5-28.

47. Каплун В.Л. Thick description как метод социальной науки: Гирц или Райл? // *Давыдовские чтения: исторические горизонты теоретической социологии. Сборник научных докладов симпозиума, 13-14 октября 2011 г. / Под ред. И.Ф. Девятко, Н.К. Орловой*. М.: Институт социологии РАН, 2011. 276 с. С. 35-55. URL: https://www.isras.ru/files/File/publ/Davydovskie_chneniya_Kaplun.pdf (дата обращения: 24.04. 2020).

48. Кирзюк А. А. «У меня нет страха»: ковид-диссиденты в поисках агентности и правды // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2021. № 2. С. 484—509. URL: <https://monitoringjournal.ru/index.php/monitoring/article/view/1776/1529> (дата обращения: 20.12.2021).

49. Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем / Пер. с англ. А. Курленковой // *Социология власти*. 2016. №1. С. 208–232.

50. Корбут А.М. Концепция конститутивного порядка в этнометодологии // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2013. №2. С. 65-82.

51. Корбут А. Шаблон в структуре действия: электронные медицинские карты и рутинизация в медицинской практике // Социологическое обозрение. 2016. Т. 15. № 1. С.34-53
52. Коулман Д. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора // Journal of Economic Sociology. 2004. Т. 5. №. 3. С. 35-44.
53. Курленкова А. С. Когда язык имеет значение: от донорства яйцеклеток к рынкам ооцитов // Социология власти. 2016. Т. 28. №. 1. С. 107-140. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kogda-yazyk-imeet-znachenie-ot-donorstva-yaitskletok-k-rynkam-ootsitov> (дата обращения: 11.06.2020).
54. Лехциер В.Л. Феноменологические основания медицинской антропологии // Логос. 2010. №5 (78). С. 183-195. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomenologicheskie-osnovaniya-meditsinskoj-antropologii> (дата обращения: 12.12.2017).
55. Лехциер В.Л. Предисловие: быть услышанным... // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера, Самара: Изд-во «Самарский университет», 2012. ISBN 978-5-86465-564-1. С.4-11.
56. Лехциер В. Л. Линда Гарро и ее медико-антропологические исследования: основные работы, проблемы, идеи // Медицинская антропология, проблемы, методы, исследовательское поле: сб. статей / отв. ред. В.И. Харитонова; Ин-т этнологии и антропологии РАН им. Н.Н. Миклухо-Маклая; Ассоциация медицинских антропологов. М.: ООО «Публисити», 2015. ISBN 978-5-4211-0134-5. С.30-42.
57. Лехциер В.Л., Готлиб А.С. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: опыт качественного анализа // Mixturaverborum' 2017: человек и время : философский ежегодник / под общ. ред. С.А. Лишаева. 2017. С. 108-136. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_32064078_20800607.pdf (дата обращения: 12.05.2018).
58. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. №4(60). Выпуск 2. С.256-263.

59. Михель Д.В. Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XX века // Рабочие тетради по биоэтике. Вып.24: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): сборник научных статей /Под ред. П. Тищенко.М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2016. 168 с. ISBN 978-5-906912-27-5. С.35-58. URL: https://www.academia.edu/34942101/Влияние_идеологии_персонализированной_медицины_на_практику_принятия_медицинских_решений_в_начале_XXI_века_Influence_of_the_ideology_of_personalized_medicine_to_the_practice_of_medical_decision_making_at_the_beginning_of_the_XXI_century_ (дата обращения: 26.06.2018).

60. Михель Д. В. Философия терапевтического выбора: принятие медицинских решений в контексте социокультурных трансформаций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. Вып. 2. С. 155-161.

61. Михель Д.В. Форум: Новые технологии и телесность как предмет антропологических исследований // Антропологический форум. 2018. №38. С.58-62. URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/038/forum.pdf> (дата обращения: 17.04.2019).

62. Мол А. Множественное тело // Социология власти. 2015. Т.27. №1. С. 232-247

63. Новкунская А.А. «Безответственные» роды или нарушение норм российской системы родовспоможения в случаях домашнего родоразрешения // Журнал исследований социальной политики, 2014. Т.12. №3. С.353-366. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bezotvetstvennye-rody-ili-narushenie-norm-rossiyskoj-sistemy-rodovspomozheniya-v-sluchayah-domashnego-rodorazresheniya> (дата обращения: 11.03.2019).

64. Ожиганова А. А. Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири : труды по медицинской антропологии / Российская академия наук, Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН, РАМН, Сибирское отделение, НИИ медицинских

проблем Севера; ответственный редактор: В. И. Харитонова. Москва : ОАО "Типография "Новости", 2009. ISBN 978-5-88149-378-3. С. 152-160. URL: http://old.iea.ras.ru/conferences/2009/medanrtho_summer_school/texts/ozhiganova.pdf (дата обращения: 28.03.2019).

65. Парсонс Т. Пересматривая роли больного и врача // Социология власти. 2016. Т. 28. №. 1. С. 233-235.

66. Пястелов С.М. Что означает «пространство восприимчивости»: к определению термина // Экономический Вестник Ростовского государственного университета. 2006. Т.4. №2. С. 17-34.

67. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. 2000. №1 (21). С. 12-30.

68. Садыков Р.А. Быть классическим гомеопатом: неявное знание, биомедицина и гомеопатическая практика // Социология власти. 2016. Том 28. №1. С. 141-169.

69. Саймон Г. Рациональность как процесс и продукт мышления // THESIS. 1993. Вып. 3. С. 16-38. URL: https://igiti.hse.ru/data/003/314/1234/3_1_2Simon.pdf (дата обращения: 10.12.2017).

70. Солодухина Д.П., Фатеева О.В. Социальное самочувствие хронических больных // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-samochuvstvie-hronicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 30.04.2019).

71. Солодухина Д.П., Черных Л.Л. Расходы пациентов, ассоциированные с хроническим заболеванием // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rashody-patsientov-assotsiirovannye-s-hronicheskim-zabolevaniem> (дата обращения: 30.04.2019).

72. Солондаев В.К., Конева Е.В., Черная Л.Н. Психологические факторы принятия решения о вакцинации// Сибирский психологический журнал. 2016. № 59. С.125-136. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-prinyatiya-resheniya-o-vaktsinatsii> (дата обращения: 19.03.2019).

73. Тартаковская И. Н. Доверие перед лицом пандемии: в поисках точки опоры // Социологический журнал. 2021. Т. 27. № 2. С. 68—89

74. Темкина А.А. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. №3. С. 14-53. URL: https://ecsoc.hse.ru/data/2017/05/31/1172172613/ecsoc_t18_n3.pdf#page=14 (дата обращения: 13.07.2018).

75. Тищенко П. Философские основания персонализированной медицины (ПМ): казусы А.Джоли и М.Шнайдера // Рабочие тетради по биоэтике. Вып.21:Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): сборник научных статей / Под ред. П.Тищенко. М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2015. 168 с. ISBN 978-5-906912-27-5. С. 96–118. URL: https://www.academia.edu/34942101/Влияние_идеологии_персонализированной_медицины_на_практику_принятия_медицинских_решений_в_начале_XXI_века_Influence_of_the_ideology_of_personalized_medicine_to_the_practice_of_medical_decision_making_at_the_beginning_of_the_XXI_century_ (дата обращения: 26.06.2018).

76. Угарова А. С. Парадоксы генетического тестирования на онкологию: между контролем и риском // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 8. Вып. 1. С. 94–104. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/paradoksy-geneticheskogo-testirovaniya-na-onkologiyu-mezhdu-kontrolem-i-riskom> (дата обращения: 11.06.2020).

77. Харитонов В., Янева-Балабанска И. Интеграция медицинских систем – желаемое и действительное (российско-болгарские параллели) // Сибирские исторические исследования. 2017. №4. С. 179–209. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integratsiya-meditsinskih-sistem-zhelaemoe-i-deystvitelnoe-rossiysko-bolgarskie-paralleli> (дата обращения: 8.02.2019).

78. Ходжсон Дж. Скрытые механизмы убеждения: институты и индивиды в экономической теории // Экономический вестник Ростовского государственного университета. 2003. Т.1. №4. С. 11-30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/skrytye->

mehanizmy-ubezhdeniya-instituty-i-individy-v-ekonomicheskoy-teorii (дата обращения: 12.05.2018).

79. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений// Мир России. 2014. Т.23. №2. С. 154-182. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-vrachey-i-patsientov-v-sovremennoy-rossii-vektory-izmeneniy> (дата обращения: 11.06.2018).

80. Шилова Л.С. Практики самолечения российского населения //Культурное наследие России. 2014. №2. С. 61–65. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/praktiki-samolecheniya-rossiyskogo-naseleniya> (дата обращения: 11.06.2018).

81. Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения //Социологические исследования. 2007. № 9. С. 102-109

82. Шматко Н.А. «Габитус» в структуре социологической теории // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Том 1. №2. С. 60-70.

83. Шматова С.С. Опыт социологической интерпретации практик здоровьесберегающего поведения // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. 2015. №2. С. 58-60. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-sotsiologicheskoy-interpretatsii-praktik-zdoroviesberegayuschego-povedeniya> (дата обращения: 19.06.2018)

84. Ярская-Смирнова Е.Р., Григорьева О.А. «Мы – часть природы....» Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т.9. №1. С. 11–170.

85. Litvina D., Temkina A. The Academicians on Quarantine: Reflexivity and Fragility of the Privileged Group at the Start of Pandemic // Russian sociological review. 2021. Vol.20. No4. pp. 43-65. URL: https://sociologica.hse.ru/data/2021/12/31/1765737014/RusSocRev_20_4_43-65_Litvina_Temkina.pdf (дата обращения: 20.02.2022).

Электронные ресурсы

86. Ассоциация медицинских антропологов. Официальный сайт. URL: <http://www.amarussia.ru>

87. Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Вып. 6 [Электронный ресурс]: сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. – М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2016. – 242 с. URL: http://www.hse.ru/rlms/vestnik/Vestnik_RLMS-HSE_2016.pdf (дата обращения: 6.09.2021).

88. Изменения, вызванные эпидемией коронавируса и режимом самоизоляции. Опрос общественного мнения населения РФ. Седьмая волна 07.09.2020 [сайт НИУ ВШЭ]. URL: <https://www.hse.ru/news/398120110.html> (дата обращения: 20.11.2021).

89. Родин К. Два года с Covid: как российское общество адаптировалось к пандемии. URL: https://wciom.ru/fileadmin/user_upload/presentations/2022/2022-03-15_Koronavirus_2_goda_s_Kovid__RIA.pdf (дата обращения 18.04.2022).

90. Евровидение на радость антипрививочникам // MedRussia.org. URL: <https://medrussia.org/2629-antipriviv/> (дата обращения: 23.11.2017).

91. Пресс выпуск №2919 ВЦИОМ. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 10.11.2017).

92. Фирсов А. Шарик раздора. Как общество реагирует на скандал с гомеопатией // Forbes.ru. URL: <http://www.forbes.ru/biznes/339023-shariki-razdora-kak-obshchestvo-reagiruet-na-ataku-protiv-gomeopatii> (дата обращения: 23.11.2017).

93. Jolie Pitt A. My Medical Choice // NYT. May 14 2013. URL:<http://nyti.ms/19l8bbY> (дата обращения: 5.09.2018).

Зарубежные монографии и статьи

94. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press, 2006. URL: <https://archive.org/details/narrativemedicin0000char/page/n3/mode/2up?view=theater> (дата обращения: 22.04.2018).

95. Chrisman N.J., Kleinman A. Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology //Handbook of health,

health care, and the health professions /Ed. by D. Mechanic. New York: Free Press, 1983. URL:

https://www.researchgate.net/publication/309281787_Popular_Health_Care_Social_Networks_and_Cultural_Meanings_The_Orientation_of_Medical_Anthropology (дата обращения: 16.11.2017).

96. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior // *Social Problems*. 1975. Vol. 23. №. 1. P. 12-21. URL: <http://links.jstor.org/sici?sici=0037-7791%28197510%2923%3A1%3C12%3ATDOHNO%3E2.0.CO%3B2-6> (дата обращения 25.02.2018)

97. Cresswell J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage: Thousand Oaks, 2009. ISBN 978-1-4522-2609-5. URL: <http://155.0.32.9:8080/jspui/bitstream/123456789/1091/1/Qualitative%2C%20Quantitative%2C%20and%20Mixed%20Methods%20Approaches%20%28%20PDFDrive%20%29-1.pdf> (дата обращения: 10.05.2017).

98. Damasio A.R. *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Avon Books, 1994. ISBN: 0-399-13894-3. URL: <https://archive.org/details/descarteserrorem00dama/mode/2up> (дата обращения: 17.05.2018).

99. Denton J. *Medical Sociology*. Boston et al.: Houghton Mifflin, 1978. ISBN: 0-395-25805-7. URL: <https://archive.org/details/medicalsociology0000dent/page/n7/mode/2up> (дата обращения: 10.05.2018).

100. Frank A. W. *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. 236 p. ISBN: 0-226-25993-5. URL: <https://archive.org/details/woundedstorytell0000fran/mode/2up> (дата обращения: 12.09.2017).

101. Frank A. W. Just listening: Narrative and deep illness // *Families, Systems, & Health*. 1998. T. 16. №. 3. С.197-212. URL:

https://www.researchgate.net/publication/232469291_Just_Listening_Narrative_and_Deep_Illness

102. Frantsve L. M. E., Kerns R. D. Patient–provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making // *Pain medicine*. 2007. Т. 8. №. 1. С. 25-35. URL: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/8/1/25/1841981> (20.04.2018).

103. Garro L. The Ethnography of Health Care Decisions // *Social Science & Medicine*. 1982. Vol.16. №16. P.1451–1530. ISBN: 0277-9536. URL: https://www.researchgate.net/publication/227422439_The_Ethnography_of_Health_Care_Decisions (дата обращения: 18.01.2017).

104. Garro L. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the Temporomandibular Joint (TMJ) // *Social Science & Medicine*, Volume 38, Issue 6. 1994. ISBN: 0277-9536. P. 775-788. URL: https://www.researchgate.net/publication/15015592_Narrative_Representations_of_Chronic_Illness_Experience_Cultural_Models_of_Illness_Mind_and_Body_in_Stories_Concerning_the_Temporomandibular_Joint_TMJ (дата обращения: 25.02.2017)

105. Grzywacz J. G., Arcury T. A., Ip E. H., Nguyen H. T., Saldana S., Reynolds T., Bell R. A., Kirk J. K., & Quandt S. A. Cultural basis for diabetes-related beliefs among low- and high-education African American, American Indian, and white older adults // *Ethnicity & disease*. 2012. 22(4). Pp. 466–472. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510461/> (дата обращения: 20.09.2017).

106. Garro L. C. Intracultural variation in causal accounts of diabetes: a comparison of three Canadian Anishinaabe (Ojibway) communities // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1996. Т. 20. №. 4. С. 381-420. URL: https://www.researchgate.net/publication/14218154_Intracultural_variation_in_causal_accounts_of_diabetes_A_comparison_of_three_Canadian_Anishinaabe_ojibway_communities (дата обращения: 20.09.2017)

107. Garro L. On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // *Medical Anthropology Quarterly*, 1998.12 (3).P. 319–355. URL: https://www.researchgate.net/publication/226101208_Comment_on_Boyer's_multiattentional_method (дата обращения: 18.09.2017).

108. Garro L.C. Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness // *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* / Ed. by Mattingly Ch., Garro L. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. 2000. Pp. 70–77. ISBN 0-520-21824-8. URL: <https://archive.org/details/narrativecultura0000unse/page/70/mode/2up> (дата обращения: 25.02.2017).

109. Garro L. Narrative as construct and construction // *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* / Ed. by Mattingly Ch., Garro L. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. 2000. Pp. 1-50. ISBN 0-520-21824-8. URL: <https://archive.org/details/narrativecultura0000unse/page/n11/mode/2up> (дата обращения: 25.02.2017).

110. Garro L. Cognitive Medical Anthropology // *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*/Carol R. Ember, Melvin Ember Human. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004. ISBN 0-306-47754-8. Pp. 12-23. URL: https://archive.org/details/encyclopediaofme0000unse_l4p4/page/n7/mode/2up?view=theater (дата обращения: 12.02.2021).

111. Hahn R.A., Kleinman A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions // *Annual review of anthropology*. 1983. Pp. 305-333. URL: https://www.researchgate.net/profile/Robert-Hahn-8/publication/234147521_Biomedical_Practice_and_Anthropological_Theory_Frameworks_and_Directions/links/574728e808aef66a78b077ed/Biomedical-Practice-and-Anthropological-Theory-Frameworks-and-Directions.pdf (дата обращения: 23.10.2018).

112. Helman C.G. Culture, Health and Illness. London: Hodder Arnold, 1984. 242 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/229822284_Culture_Health_and_Illness_Fifth_edition_by_Cecil_Helman (дата обращения: 30.09.2017).

113. Kalitzkus V., Matthiessen P. F. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice // The Permanente Journal. 2009. Т. 13. №. 1. С. 80–86. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034473/> (дата обращения: 20.04.2018).

114. Kasperson J. X., Ratick S. The social amplification of risk: A conceptual framework // Risk Analysis. Vol. 8. № 2. 1988. P.177–204. URL: <http://www.ask-force.org/web/Discourse/Kasperson-Social-Amplification-Risk-Conceptual-Framework-1988.pdf> (дата обращения: 20.11.2018).

115. Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. NY: Basic Books. 1988. URL: https://www.researchgate.net/publication/320159567_The_Illness_Narratives_Suffering_Healing_and_the_Human_Condition (дата обращения: 30.09.2017).

116. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980. URL: https://www.researchgate.net/publication/238291446_Patients_and_Healers_in_a_Context_of_Culture (дата обращения: 30.09.2017).

117. Kleinman A., Eisenberg L., Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research // FOCUS. Winter 2006. Vol. IV. № 1. P. 140-149. URL: https://www.researchgate.net/profile/Byron_Good/publication/22514763_Culture_Illness_and_Care_Clinical_Lessons_From_Anthropologic_and_Cross-Cultural_Research/links/0deec52b226648b7ac000000.pdf (дата обращения: 30.09.2017).

118. Kirscht J. The Health Belief Model and Illness Behavior// Health Education & Behavior. Volume: 2. December 1, 1974. Pp: 387-408. URL:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019817400200406> (дата обращения: 23.10.2018).

119. Leibenstein H.. X-inefficiency Xists: Reply to an Xorcist // *The American Economic Review*. 1978. 68(1). Pp.203-211. URL: <https://www.albany.edu/~gs149266/Leibenstein78a.pdf> (дата обращения: 11.05. 2018)

120. Lewis J. D., Weigert A. Trust as a social reality // *Social forces*. 1985. Т. 63. №. 4. – С. 967-985. URL: <https://asset-pdf.scinapse.io/prod/2089203823/2089203823.pdf> (дата обращения: 23.03.2018).

121. Luhrmann T. M. *Persuasions of the Witch's Craft: Ritual Magic in Contemporary England*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1989. ISBN: 0-674-66324-1 URL: <https://archive.org/details/persuasionsofwit0000luhr/page/n7/mode/2up> (дата обращения: 20.11.2018).

122. Lock M., Nguyen V-K. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN: 978-1-4051-1072-3. URL: <https://archive.org/details/anthropologyofbi0000lock/mode/2up> (дата обращения: 20.11.2018).

123. Lupton D. Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science and Medicine*. 1997.45 (3): 373–381. URL: https://www.researchgate.net/publication/13986420_Consumerism_Reflexivity_and_the_Medical_Encounter (дата обращения: 10.12.2019).

124. Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning // *The American Journal of Occupational Therapy*. 1991. Nov. 45 (11). URL: https://www.researchgate.net/publication/21363085_The_Narrative_Nature_of_Clinical_Reasoning (дата обращения: 20.02.2018).

125. Mechanik D. Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1966. 1(1). Pp.11-20. URL: https://www.researchgate.net/profile/David-Mechanic/publication/226840612_Response_Factors_in_Illness_The_Study_of_Illness

_Behavior/links/544a70c40cf2f2f6012ada36/Response-Factors-in-Illness-The-Study-of-Illness-Behavior.pdf (дата обращения: 1.12.2019).

126. Mechanik D. The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition // Psychological Medicine. 1986. 16(01). URL: https://www.academia.edu/25622433/The_concept_of_illness_behavior?bulkDownload=thisPaper-topRelated-sameAuthor-citingThis-citedByThis-secondOrderCitations&from=cover_page (дата обращения: 1.12.2019).

127. Mechanik D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role // American Sociological Review. 1961. Pp. 51-58. URL: https://www.researchgate.net/profile/David-Mechanic/publication/271685383_Stress_Illness_Behavior_and_the_Sick_Role/links/5cacb001a6fdccfa0e7c3c9b/Stress-Illness-Behavior-and-the-Sick-Role.pdf (дата обращения: 1.12.2019).

128. Medical anthropology: a handbook of theory and method /Т.М. Johnson, С. Fishel. Sargent Greenwood Press, 1990. 479 p. URL: <https://archive.org/details/anthropologyofbi0000lock/page/n9/mode/2up> (дата обращения: 14.01.2018).

129. Natalier K., Willis K. Taking Responsibility or Averting Risk? A Socio-Cultural Approach to Risk and Trust in Private Health Insurance Decisions // Health, Risk & Society. 2008. 10 (4): 399–411. URL: https://www.researchgate.net/publication/232809303_Taking_responsibility_or_averting_risk_A_socio-cultural_approach_to_risk_and_trust_in_private_health_insurance_decision (дата обращения: 10.12.2019).

130. Strauss A., Glaser B. Chronic Illness and the Quality of Life. 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby Co, 1975. URL: <https://archive.org/details/chronicillnessqu00stra/page/n9/mode/2up> (дата обращения: 10.05.2017).

131. Tversky A., Kahneman D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice Science, New Series, 1981. Vol. 211, № 4481. P. 453-458. URL:

<http://links.jstor.org/sici?sici=0036->

8075%2819810130%293%3A211%3A4481%3C453%3ATFODAT%3E2.0.CO%3B2-3
(дата обращения: 20.08.2017).

132. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change /Irwin M. Rosenstock Victor J. Strecher, Marshall H. Becker (R. J. DiClemente et al. (eds.). Preventing AIDS Springer Science+Business Media New York, 1994. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1193-3_2 (дата обращения: 20.10.2018).

133. Scanlon D., Chernew M. Consumer Health Plan Choice: Current Knowledge and Future Directions // Annual Review of Public Health. 1997. №18(1). Pp. 507-528. URL: https://www.researchgate.net/publication/14074186_Consumer_Health_Plan_Choice_Current_Knowledge_and_Future_Directions (дата обращения: 10.12.2019).

134. Sofaer S., Firminger K. Patient Perceptions of the Quality of Health Services // Annual Review of Public Health. 2005. № 26. Pp. 513-559. URL: https://www.researchgate.net/publication/7974753_Patient_Perceptions_of_the_Quality_of_Health_Services?_sg=2dr7CXd0NDDMQcHlmZjyUfzNryGncz4-xcDu4TY7g8u1fG2edHU7Vd2f4BTUVu_WLibCDdq5w3_-T5w (дата обращения: 10.12.2019).

135. Sztompka P Trust: a sociological theory. Cambridge: Cambridge university press, 1999. 214 p. ISBN: 0-511-01160. URL: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/17643/2/28.pdf> (дата обращения: 23.03.2018).

136. Sargent C. The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel,1982. ISBN: 90-277-1344-8. URL: https://www.researchgate.net/publication/270322930_The_Cultural_Context_of_Therapeutic_Choice_Obstetrical_Care_Decisions_Among_the_Bariba_of_Benin (дата обращения: 14.05.1918).

137. Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective / Ed. by M.D. Good, A. Kleinman ...[et al.] University of California Press, 1992. P.45 ISBN: 0-520-07511-0 URL: https://www.researchgate.net/publication/270008995_Pain_as_Human_Experience_An_Anthropological_Perspective (3.03.2018).

138. Young J.C., Garro L.C. Medical Choice in a Mexican Village. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1994. 233 p. ISBN 0-88133-785-4. Текст: непосредственный.

Авторефераты диссертаций

139. Аронсон П.Я. Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук: 22.00.04. / П.Я. Аронсон; [Место защиты: С.-Петербург. гос. ун-т]. СПб., 2007. URL: <https://viewer.rsl.ru/ru/rsl01003055257?page=1&rotate=0&theme=white> (дата обращения: 25.04.2018).

140. Ефименко С.А. Социология пациента : автореферат дис. ... доктора социологических наук : 14.00.52. / С.А. Ефименко; [Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т]. М., 2007. URL: <https://viewer.rsl.ru/ru/rsl01003159908?page=1&rotate=0&theme=white> (дата обращения: 5.05.2018).

141. Солодухина Д.П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями: автореф. дис.... д. соц. наук. : 14.02.05. / Д.П. Солодухина; [Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т]. Волгоград, 2015.

Официальные документы

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ФЗ №323 ст. 10, ФЗ №323 ст. 19. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения: 15.02.2019).

Основные публикации автора по теме исследования

Статьи в журналах из перечня ВАК РФ

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 по теме диссертации

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. 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.)

Тезисы докладов на конференциях

8. Финкельштейн И.Е. Антропология медицинского выбора в фокусе автоэтнографии (статья) печатная 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.)

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.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Гайд интервью с хроническим пациентом

Здравствуйте! Самарский университет проводит социологическое исследование на тему «Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе», с целью описать, каким образом болеющие люди – пациенты – принимают то или иное решение в ситуации серьезной болезни. Нам важно понять, что мотивирует людей на конкретный выбор их поведения в ситуации болезни, почему они поступают именно так. Ваши ответы будут записываться на диктофон. Это делается только для удобства интервьюера - трудно одновременно записывать и разговаривать. Мы гарантируем Вам **полную анонимность** Ваших ответов, их использование в обобщенном виде и только в научных целях. Надеемся на Вашу искренность. Спасибо!

1. Есть ли у Вас какое-нибудь хроническое заболевание? Какое? **(Внимание, Интервьюер! Если есть несколько хронических заболеваний, то надо записать все, но при этом выделить самое серьезное, по мнению информанта).**

2. Как давно Вы им (ими) болеете (сколько лет)?

3. Обращаетесь ли к услугам врачей в связи с этим заболеванием, как часто?

4. **Можете ли Вы вспомнить какие-то ситуации, связанные с Вашей болезнью (или болезнями), когда Вам надо было принимать определенное решение? Опишите эту ситуацию.**

5. Какое решение Вы выбрали, из чего выбирали и почему Вы приняли именно это решение? Что именно повлияло на Ваш выбор? **(Внимание, Интервьюер! Здесь нужно максимально записать все причины, повлиявшие на выбор пациента).**

6. Встречались ли у Вас **еще какие-нибудь ситуации**, связанные с болезнью, когда надо было принимать решение? Опишите их. Какое решение Вы выбрали, из чего выбирали и почему Вы выбрали именно это решение? Что именно повлияло на ваш выбор?

(Внимание, интервьюер! Если информант не может вспомнить ни одну ситуацию, или вспоминает только одну, предложите ему последовательно несколько типичных ситуаций, возникающих в ситуации болезни – вопросы 7-12. Если информант вспомнил и описал те или иные ситуации выбора, все равно задайте эти вопросы, даже если они будут носить уточняющий характер. Вот эти ситуации:)

7. Когда Вы **впервые** узнали о своем диагнозе, что Вы предприняли (какое решение приняли) и почему? Из чего Вы выбирали?

8. - **рецидив болезни (повторение)**. Как информант обычно справляется со вспышкой болезни, ее возвращением, что он делает: бежит к врачу? если лечится сам, то каким

образом? бежит в аптеку и советуется с фармацевтом? обращается к Интернету (к какому ресурсу)?; обращается к соседям, родственникам, друзьям по несчастью? Другое? **Все эти альтернативы нельзя предлагать информанту (!) – он должен сам без подсказки это сказать. Если применительно к разным хроническим болезням присутствует разное поведение, надо зафиксировать его для каждой болезни). Почему он принимает такое решение, основания такого решения. Есть ли для информанта риск принятия неправильного решения или нет?**

Выясните, так сказать, постфактум, правильно ли информант сделал свой выбор, сделав свой выбор, или, если бы пришлось выбирать снова, он бы выбрал другое (какое)? Почему это так, чем обосновано его мнение?

9. - Ситуация выбора врача- как выбирается врач (если он выбирается), по каким основаниям выбирается, в какой ситуации? -подробно расспросить.

10. - Выбор места лечения (государственное или частное медицинское учреждение, получение услуги по ДМС или ОМС; или получение платной услуги в госучреждениях; частные врачи. **Все эти альтернативы нельзя предлагать информанту - он должен сам без подсказки это сказать. Если применительно к разным хроническим болезням присутствуют разные альтернативы, то надо зафиксировать для каждой болезни).**

11. - Выбор медицинской традиции, концепции лечения (биомедицина , гомеопатия , самолечение, народное целительство и т д). **Внимание!** Если информант не говорит об этом сам, то и не предлагать эту ситуацию. Она должны «выплыть» раньше.

12. - Выбор стратегии соблюдения лечения – полностью ли информант соблюдает все предписанное ему лечение (а также назначенную диагностику) или нет. Если нет, то почему?

А теперь немного о Вас:

14. Пол

15. Возраст

16. Образование

17. Семейное положение,

18. Как бы Вы описали сами материальное положение Вашей семьи?

Спасибо за участие в интервью!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Гайд интервью с хроническим пациентом в период пандемии

Здравствуйте!

Самарский университет в течение последних 4 лет проводит социологическое исследование, с целью описать, каким образом люди, имеющие хронические заболевания, принимают те или иные решения, связанные с болезнью – у кого лечиться, как лечиться и т.д. Нам важно понять, что мотивирует людей на конкретный выбор их поведения в ситуации болезни, почему они поступают именно так. В конце 2019 года мы впервые услышали о новой коронавирусной инфекции, а в начале 2020 года так называемый COVID-19 дошел и до нашей страны. Мы просим Вас принять участие в исследовании «Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе в период пандемии». Нам важно понять, как изменилась жизнь людей с хроническими заболеваниями, как изменились их решения, связанные с лечением и контролем заболевания.

Ваши ответы будут записываться на диктофон. Это делается только для удобства исследователя - невозможно одновременно записывать и разговаривать. Мы гарантируем Вам полную анонимность Ваших ответов, их использование в обобщенном виде и только в научных целях. Надеемся на Вашу искренность. Спасибо!

Блок 1. Несколько слов о болезни

Какие хронические заболевания у вас есть? Какое беспокоит больше всего? / *Уточнить наименование хронического заболевания.*

Как давно вам поставили диагноз/вы начали лечение?

Блок 2. Опыт лечения до пандемии

Как проходило ваше лечение или контроль заболевания в последние годы до пандемии, т.е. до весны 2020 г.

(после ответа или в случае возникновения трудностей с ответом уточнить по отдельным аспектам: выбор врача; выбор места лечения; если самолечение, то по прежним рекомендациям или с разработкой своей стратегии лечения; возможно, обращение к нетрадиционной медицине.

Блок 3. Отношение к коронавирусу. Жизнь в пандемию. Меры защиты.

В конце 2019 года появляется информация о новом вирусе, а весной 2020 года в России вводят различные меры по предотвращению распространения нового вируса, открываются отделения, которые занимаются лечением коронавируса и т.д. Как вы лично воспринимали этот вирус в самом начале, и как сейчас к нему относитесь?

Почему у вас сложилось именно такое мнение? Если мнение менялось, то, как вам кажется, что повлияло на его изменение?

Как Вы думаете, может ли коронавирус повлиять на ваше здоровье в целом? на ваше хроническое заболевание?

Как вы относитесь к мерам защиты и профилактики от коронавируса: маски, сокращение контактов, дистанция, применение антисептиков/мытьё рук, витамины и т.д.? Менялось ли ваше отношение к различным мерам за весь период пандемии?

Откуда вы черпаете информацию о COVID? (После ответа или в случае возникновения затруднений с ответом можно уточнить – Скажите, искали ли вы информацию о коронавирусе целенаправленно или нет? Обсуждали ли тему коронавируса с вашим окружением, с врачами? А вы можете сказать, что какой-то информации вы доверяете, а какой-то нет? Почему?)

Блок 4. Опыт лечения хронического заболевания в период пандемии

А теперь поговорим о том, как проходит ваше лечение или контроль заболевания(й) в период пандемии. Менялось ли это поведение (в течение периода с весны 2020 года до сегодняшнего дня)? Что изменилось? Что не изменилось? Почему?

Блок 5. Отношение к вакцинации

Давайте теперь поговорим о вашем отношении к вакцине. Что вы думаете о вакцинах для профилактики коронавирусной инфекции COVID-19: доверие вакцине, оценка ее эффективности в профилактике коронавируса, влияние на ваше состояние здоровья в целом и с точки зрения вашего хронического заболевания? Как вы решаете вопрос вакцинации лично для себя (вакцинировались, собираетесь, сомневаетесь, не собираетесь)?

Почему сложилась такая позиция по вопросу вакцинации? Менялось ли ваше отношение к вакцинации?

Скажите, искали ли вы информацию о вакцинах? Обсуждали ли тему вакцинации с вашим окружением, с врачами? Если да, то какой информации вы доверяете?

Блок 6. Опыт лечения коронавируса (только для тех, кто переболел)

Как проходило лечение? Почему именно так. Как этот опыт повлиял на представления о ковиде?

Спасибо за разговор!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Классификация болезней на основе МКБ-10

| Код | Класс болезни | Хронические заболевания по классам |
|-----|--|---|
| 1 | некоторые инфекционные и паразитарные болезни | ВИЧ; Туберкулез; Вирусный гепатит (В, С); герпес |
| 2 | болезни органов дыхания | астма, эмфизема легких, хронический бронхит, ХОБЛ, хронический гайморит, тонзиллит, ларингит |
| 3 | болезни системы кровообращения | Гипертония, болезни вен, тромбофлебит, болезни сердца, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт, легочное сердце, нарушение легочного кровообращения, инсульт, |
| 4 | болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | Артрозы, ревматоидный артрит, артропатии, другие поражения суставов, поражения мышц, мягких тканей, подагра, остеохондроз |
| 5 | болезни мочеполовой системы | Почечная недостаточность, болезни почек, мочекаменная болезнь, мочевыделительной системы, мужских половых органов, женских тазовых и половых органов, аднексит, хронический пиелонефрит. |
| 6 | болезни органов пищеварения | Тяжелые гастриты, гастродуоденит, язва желудка, болезни печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, 12 - перстной кишки, болезнь Крона, панкреатит |
| 7 | болезни глаза и его придаточного аппарата | Глаукома, хронический конъюнктивит, повторная катаракта... |
| 8 | болезни эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, паращитовидных и половых желез), расстройства питания и нарушения обмена веществ | диабет, другие нарушения регуляции глюкозы и секреции поджелудочной железы, болезни щитовидной железы, зоб, ожирение, нарушение обмена веществ, |
| 9 | болезни нервной системы | Воспалительные болезни центральной нервной системы, рассеянный склероз (поражение головного и спинного мозга), паралитические синдромы (болезнь Паркинсона), поражения отдельных нервов (например, хроническое воспаление третичного нерва), нервных корешков, хронический менингит, эпилепсия, полинейропатия (нижних, верхних конечностей, диабетическая), миастения (слабость мышц), мигрень |
| 10 | болезни уха и сосцевидного отростка | Болезни наружного, среднего, внутреннего уха. Хронические отиты, болезни слуховой трубы, снижение слуха. |
| 11 | болезни кожи и подкожной клетчатки | Дерматиты, псориаз, экзема, |
| 12 | новообразования | Онкология - злокачественные новообразования (кроме лимфоидной и кроветворной ткани), доброкачественные новообразования |

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Бланк полужформализованного интервью с хроническим пациентом

Здравствуйте! Самарский университет проводит социологическое исследование «Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе», с целью описать, каким образом болеющие люди – пациенты принимают то или иное решение в ситуации болезни. Нам важно понять, что мотивирует людей на тот или иной конкретный выбор поведения, почему они поступают именно так. Я буду задавать Вам вопросы, а Вы, пожалуйста, отвечайте на них максимально полно и честно.

Мы гарантируем Вам **полную анонимность** Ваших ответов, их использование в обобщенном виде: только в научных целях.

Надеемся на Вашу искренность. Спасибо!

1. Скажите, пожалуйста, как часто Вы болеете?

**2. Есть ли у вас какое-нибудь хроническое заболевание или заболевания?
Какое (какие) именно?**

!!! ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! ЕСЛИ ЕСТЬ НЕСКОЛЬКО ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТО НЕОБХОДИМО ЗАПИСАТЬ ВСЕ!

3. Какое из перечисленных заболеваний Вы считаете самым серьезным, главным?

4. Как давно Вы болеете (сколько лет)?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! РЕЧЬ ИДЕТ О ГЛАВНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ!

А теперь поговорим о разных жизненных ситуациях, связанных с вашим основным заболеванием. В целом мы будем говорить о 3 последовательных ситуациях, с которыми, как правило, связана любая хроническая болезнь: она возникает, потом ее так или иначе лечат, но, она, увы, время от времени возвращается, т.е. становится хронической.

Итак, ситуация первая - встреча с новой незнакомой болезнью.

5. Вспомните, пожалуйста: у Вас появились первые признаки болезни (симптомы) или Вы узнали о ней в результате диагностики. Что Вы стали делать с этим, какое решение приняли?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР, ОТМЕЧАТЬ НЕ БОЛЕЕ 2 ВАРИАНТОВ ОТВЕТА!

1. обратился к официальной медицине (пошел к врачу в государственную или частную клинику, стал искать «хорошего врача» и т. д.)
2. стал лечиться самостоятельно
3. обратился к гомеопатии
4. обратился к народным целителям и экстрасенсам
5. обратился к восточным медицинским практикам (йога, аюрведа, китайская медицина и т. д.)
6. другое (укажите, что) _____

5 а. ИНТЕРВЬЮЕР!!! Только для тех, у кого несколько ответов в вопросе № 5.

Ваши решения были одновременные или совершались по очереди (последовательно)?

1. последовательно, сначала _____, а потом _____
2. это был **одновременный** выбор

6. А теперь поговорим о причинах вашего решения.

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР, если респондент выбрал одно решение или два решения одновременно осуществленных (2 вариант вопрос 5а), тогда ПОКАЖИТЕ РЕСПОНДЕНТУ **КАРТОЧКУ №1** и заполните одну таблицу (№6). Если респондент выбрал 2 решения, но совершенных последовательно (1 вариант вопрос 5а), тогда заполняете 2 таблицы - каждую на каждое решение (№6 и №6а).

Перед вами разные суждения. Сначала выберите только те, которые Вам близки, с которыми вы согласны? Постарайтесь вспомнить, как это было тогда в момент принятия решения (**ВЫБОР СУЖДЕНИЙ НЕ ОГРАНИЧЕН**). А теперь постарайтесь вспомнить, какое влияние это оказало на вас в тот момент, на сколько серьезно повлияло?

| Суждения (причины) | 1. Это очень серьезно повлияло | 2. Это имело достаточное влияние | 3. Повлияло в незначительной степени |
|--|--|--|--|
| 1. У меня была сильная, временами просто невыносимая боль или другие интенсивные проявления болезни (некомфортные состояния) | 1. | 2. | 3. |
| 2. Я не доверяю врачам | 1. | 2. | 3. |
| 3. Я оценил свое состояние как очень серьезное, угрожающее | 1. | 2. | 3. |
| 4. У меня нет абсолютного недоверия к врачам, просто надо найти хорошего, «своего» | 1. | 2. | 3. |
| 5. Посмотрел рекламу по ТВ, или увидел рекламу в газете, решил попробовать | 1. | 2. | 3. |
| 6. Я доверяю медицинской науке, медицинскому знанию | 1. | 2. | 3. |
| 7. Привык лечиться именно так | 1. | 2. | 3. |
| 8. Меня в значительной степени устраивает, как все организовано в конкретных медицинских учреждениях, куда я хожу | 1. | 2. | 3. |
| 9. В Интернете все можно найти, и я обращался к нему | 1. | 2. | 3. |
| 10. Мне посоветовали мои друзья родственники, соседи | 1. | 2. | 3. |
| 11. Мне посоветовали мои знакомые (друзья) - профессиональные врачи | 1. | 2. | 3. |
| 12. Не по каждой же ерунде ходить по врачам | 1. | 2. | 3. |
| 13. У меня нет доверия к медицине | 1. | 2. | 3. |
| 14. У меня несколько заболеваний, и мне нужна такая медицина, которая видит меня в целом. | 1. | 2. | 3. |
| 15. Мне некогда ходить по врачам | 1. | 2. | 3. |
| 16. Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям: там все слишком плохо организовано | 1. | 2. | 3. |
| 17. У меня есть полис ДМС | 1. | 2. | 3. |

6а. А теперь поговорим о причинах вашего второго решения.

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР, это для тех, кто выбрал 1 вариант вопрос 5а, т.е. последовательный выбор решений "сначала-потом".

ПОКАЖИТЕ РЕСПОНДЕНТУ КАРТОЧКУ №1.

Перед вами разные суждения. Сначала выберите только те, которые Вам близки, с которыми вы согласны? Постарайтесь вспомнить, как это было тогда в момент принятия решения (ВЫБОР СУЖДЕНИЙ НЕ ОГРАНИЧЕН). А теперь постарайтесь вспомнить, какое влияние это оказало на вас в тот момент, на сколько серьезно повлияло?

| Суждения (причины) | 1. Это очень серьезно повлияло | 2. Это имело достаточное влияние | 3. Повлияло в незначительной степени |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. У меня была сильная, временами просто невыносимая боль или другие интенсивные проявления болезни (некомфортные состояния) | 1. | 2. | 3. |
| 2. Я не доверяю врачам | 1. | 2. | 3. |
| 3. Я оценил свое состояние как очень серьезное, угрожающее | 1. | 2. | 3. |
| 4. У меня нет абсолютного недоверия к врачам, просто надо найти хорошего, «своего» | 1. | 2. | 3. |
| 5. Посмотрел рекламу по ТВ, или увидел рекламу в газете, решил попробовать | 1. | 2. | 3. |
| 6. Я доверяю медицинской науке, медицинскому знанию | 1. | 2. | 3. |
| 7. Привык лечиться именно так | 1. | 2. | 3. |
| 8. Меня в значительной степени устраивает, как все организовано в конкретных медицинских учреждениях, куда я хожу | 1. | 2. | 3. |
| 9. В Интернете все можно найти, и я обращался к нему | 1. | 2. | 3. |
| 10. Мне посоветовали мои друзья родственники, соседи | 1. | 2. | 3. |
| 11. Мне посоветовали мои знакомые (друзья) - профессиональные врачи | 1. | 2. | 3. |
| 12. Не по каждой же ерунде ходить по врачам | 1. | 2. | 3. |
| 13. У меня нет доверия к медицине | 1. | 2. | 3. |
| 14. У меня несколько заболеваний, и мне нужно такая медицина, которая видит меня в целом. | 1. | 2. | 3. |
| 15. Мне некогда ходить по врачам | 1. | 2. | 3. |
| 16. Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям: там все слишком плохо организовано | 1. | 2. | 3. |
| 17. У меня есть полис ДМС | 1. | 2. | 3. |

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НАДО **ВЕРНУТЬСЯ К ВОПРОСУ №5** –О РЕШЕНИЯХ, КОТОРЫЕ ПРИНИМАЛ РЕСПОНДЕНТ В СИТУАЦИИ ВСТРЕЧИ С НОВОЙ НЕЗНАКОМОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

7. Если Вы выбрали официальную медицину (вариант ответа 1) в ситуации первой встречи с болезнью, то вспомните, пожалуйста, в какой форме это произошло?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! ПОКАЖИТЕ ИНФОРМАНТУ **КАРТОЧКУ 2**. ВОЗМОЖНЫ НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ!

1. обращался(лась) в районную государственную поликлинику по месту жительства
2. обращался(лась) в частное (платное) медицинское учреждение за свои деньги
3. обращался(лась) в частное (платное) медицинское учреждение по полису ДМС
4. обращался(лась) за платными услугами в государственное мед. учреждение
5. вызвал (а) частную скорую помощь
6. вызвал (а) государственную скорую помощь
7. искал (а) и нашел(ла) «хорошего врача» не зависимо от его места работы
8. обратился (лась) за медицинской консультацией к фармацевту в аптеке
9. другое (укажите что) _____

8. Если вы обращались в платные медицинские центры или скорую помощь или воспользовались платными услугами в государственных учреждениях, то, с чем это прежде всего связано – назовите мотивы такого выбора

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВОСПОЛЬЗОВАЛСЯ ПЛАТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ФОРМЕ ВОПРОС №7- ВАРИАНТЫ ОТВЕТА - 2, 3, 4, 5)

9. Что такое хороший врач, на Ваш взгляд

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ВСЕ! ЖЕЛАТЕЛЬНО «ВЫТАЩИТЬ» ИЗ РЕСПОНДЕНТА НЕ ОДИН, А НЕСКОЛЬКО СМЫСЛОВ !

10.Если вы выбрали решение лечиться самостоятельно, не обращаясь к врачу, то, скажите, пожалуйста, как именно вы лечились

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО В ВОПРОСЕ №5 ВЫБРАЛ ВАРИАНТ 2- САМОЛЕЧЕНИЕ. ВОЗМОЖНЫ НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ!

1. использовал (а) лекарства, которые есть в домашней аптечке
2. использовал (а) домашние физиотерапевтические приборы
3. сходил (а) в аптеку и купил, то, что считаю нужным
4. использовал (а) народные средства (травы, настои, натирания, соответствующие продукты и т. д.)
5. использовал определенные физические упражнения

6. другое (укажите что) _____

11.Если вы выбрали для лечения восточные медицинские практики (йога, аюрведа, китайская медицина и т. д.), то какую именно вы использовали?

!!!ВНИМАНИЕ ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО В ВОПРОСЕ №5 ВЫБРАЛ ВАРИАНТ 5 – «ОБРАТИЛСЯ К ВОСТОЧНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПРАКТИКАМ»

А теперь перейдем ко второй ситуации, когда диагноз уже поставлен и назначено лечение.

12.Какое решение Вы приняли в этой ситуации?

!!!ВНИМАНИЕ ИНТЕРВЬЮЕР! ПОКАЖИТЕ КАРТОЧКУ 3.

(Возможно несколько вариантов ответа)

1. согласился с диагнозом, поставленным врачом и начал лечиться в соответствии с его рекомендациями
2. согласился с диагнозом, поставленным врачом, но от части лекарств отказался
3. перепроверял диагноз и назначенное лечение у других врачей
4. искал и нашел хорошего врача
5. занялся самолечением
6. обратился к гомеопатии
7. обратился к народным целителям, экстрасенсам
8. обратился к восточным медицинским практикам
9. другое (укажите что)

13.Если Вы отказались от части лекарств, назначенных врачом, то с чем это связано?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ ВАРИАНТ 2 В ПРЕДЫДУЩЕМ ВОПРОСЕ!

14.Если Вы решили перепроверить диагноз, то чем такое решение было вызвано, почему вы это сделали?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ ВАРИАНТ 3 В ВОПРОСЕ №12!

15.Если Вы занялись самолечением, то что именно Вы делали?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ ВАРИАНТ 5 В ВОПРОСЕ №12!

16.Если Вы занялись самолечением, то почему Вы так сделали?

17.Если вы обратились к гомеопатии, то с чем это связано, почему?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 6** В ВОПРОСЕ №12!

18.В какой мере Вы удовлетворены обращением к гомеопатии?

1. вполне удовлетворен
2. более-менее удовлетворен
3. совсем не удовлетворен

19.Если Вы не удовлетворены гомеопатией, то чем именно

20.Если Вы обратились к народным целителям, экстрасенсам, то почему Вы выбрали именно это решение?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 7** В ВОПРОСЕ №12!

21.В какой мере Вы удовлетворены этим своим выбором народного целителя (экстрасенса)?

1. вполне удовлетворен
2. более-менее удовлетворен
3. совсем не удовлетворен

22. Если Вы остались не удовлетворены помощью целителя, то чем именно?

Если Вы обратились к восточным медицинским практикам, то, к каким именно и почему?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 8** В ВОПРОСЕ №12!

23.Какие восточные практики:

24.Почему выбрали именно их:

А теперь перейдем к третьей жизненной ситуации, ситуации хронической болезни, когда она (болезнь) обостряется или требует постоянного контроля

25.Какое решение принимаете Вы чаще всего, когда болезнь становится хронической?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! ПОКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, КАРТОЧКУ №4!

1. иду к врачу в государственную медицинскую организацию
2. обращаюсь в платную клинику или за платными услугами в государственную организацию и сам(а) плачу
3. обращаюсь в платную клинику или за платными услугами в государственную медицинскую организацию по ДМС
4. иду к своему врачу в государственную или платную медицинскую организацию
5. обращаюсь за помощью в аптеку, к фармацевту
6. никуда, как правило, не хожу, лечусь самостоятельно
7. обращаюсь к гомеопатам
8. обращаюсь к народным целителям, экстрасенсам
9. обращаюсь к восточным медицинским практикам
10. другое (укажите что)

26.Скажите, пожалуйста, почему Вы приняли именно такое решение?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР, ПОКАЖИТЕ РЕСПОНДЕНТУ КАРТОЧКУ № 5.

Перед вами разные суждения. Сначала выберите только те, которые Вам близки, которые вам подходят? (ВЫБОР СУЖДЕНИЙ НЕ ОГРАНИЧЕН). А теперь оцените, насколько серьезно это влияет на ваши решения?

| Суждения (причины) | 1. Это очень серьезно повлияло | 2. Это имело достаточное влияние | 3. Повлияло в незначительной степени |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Лучше меня никто не знает мой организм | 1. | 2. | 3. |
| 2. Официальная медицина не способна мне толком помочь | 1. | 2. | 3. |
| 3. Все болезни берутся от засоренности организма. Главное в лечении – практики очищения | 1. | 2. | 3. |
| 4. Мое заболевание требует постоянного наблюдения официального врача | 1. | 2. | 3. |

| Суждения (причины) | 1. Это очень серьезно повлияло | 2. Это имело достаточное влияние | 3. Повлияло в незначительной степени |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 5. У меня есть свой врач, которому я доверяю | 1. | 2. | 3. |
| 6. Некогда ходить в гос.поликлиники: там все плохо организовано | 1. | 2. | 3. |
| 7. Причина любых болезней – эмоциональные срывы, стрессы | 1. | 2. | 3. |
| 8. Официальная медицина лечит химией, а народная – природными средствами | 1. | 2. | 3. |
| 9. У меня уже есть опыт лечения | 1. | 2. | 3. |
| 10.Только официальная медицина, ее технологии и лекарства способны мне помочь | 1. | 2. | 3. |
| 11.Те медицинские государственные организации, куда я хожу, меня вполне устраивают | 1. | 2. | 3. |
| 12.В Интернете все можно найти и я обращаюсь лучше к нему | 1. | 2. | 3. |
| 13.Государственная поликлиника обеспечивает меня бесплатными лекарствами | 1. | 2. | 3. |
| 14.Мне помогают советами друзья коллеги, родственники | 1. | 2. | 3. |

Вернемся к вопросу № 25 - о Ваших решениях в ситуации, когда болезнь становится хронической

27.Если вы обращаетесь в государственную медицинскую организацию, то с чем связано такое решение?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 1** В ВОПРОСЕ №25!

28.Если Вы обращаетесь в платные медицинские центры или за платными услугами в государственные медицинские организации, то почему?

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 2,3** В ВОПРОСЕ №25!

А сейчас подробнее поговорим о самолечении

29. Если вы лечитесь самостоятельно, то ответьте, пожалуйста, как именно?

!!!ВНИМАНИЕ ИНТЕРВЬЮЕР! НА СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС ОТВЕЧАЮТ ТОЛЬКО ТЕ, КТО ВЫБРАЛ **ВАРИАНТ 6** В ВОПРОСЕ №25!

1. использую прежние рекомендации, которые давал мне доктор (или врач-гомеопат или народный целитель) **без какой-либо коррекции**
 2. использую прежние рекомендации, которые давал мне доктор (или врач-гомеопат или народный целитель), но **одновременно корректирую их с учетом своего состояния**
 3. не пользуюсь старыми рекомендациями, сам назначаю себе **медицинские лекарства**
 4. не пользуюсь старыми рекомендациями, сам назначаю себе **народные средства (травы, натирания и т. д.)**
 5. пробую совмещать и лекарства и народные средства
 6. другое (укажите, что)
-

30. Скажите, пожалуйста, используете ли Вы Интернет для поиска информации по медицинской тематике?

1. да
2. нет → *переход к вопросу №33*

31. Какие источники информации по медицинской тематике Вы используете? (!!!Возможно несколько вариантов ответа!!!) ! ИНТЕРВЬЮЕР, ПОКАЖИТЕ КАРТОЧКУ №6!

1. медицинские сайты
2. онлайн консультации врачей
3. пациентские сайты
4. смешанные сайты пациентов и врачей
5. сообщества в социальных сетях (Вконтакте, Одноклассники, Facebook и др.)
6. видеохостинги (YouTube, Rutube и др.)
7. другое (укажите, что именно) _____

32. С какой целью Вы используете Интернет в связи с болезнью? (!!!Возможно несколько вариантов ответа!!!) ! ИНТЕРВЬЮЕР, ПОКАЖИТЕ КАРТОЧКУ №7!

1. обмен опытом лечения с другими пациентами
 2. получение/оказание эмоциональной поддержки
 3. получение информации о своих симптомах, лекарствах, способах лечения и т.д.
 4. перепроверка диагноза и перспектив лечения в других клиниках
 5. поиск альтернативных средств лечения
 6. консультация с доктором
 7. поиск клиники/доктора
 8. другое (укажите, что именно)
-

33. Скажите пожалуйста, насколько для вас важно, чтобы врач объяснил, почему он назначает то или иное лечение (препарат, процедуру), чтобы рассказал о его преимуществах и возможных рисках.

1. для меня очень важно понимать, что именно предлагает врач и почему
2. для меня это не особенно важно
3. вообще не важно, главное, чтобы хорошо лечил, чтобы был результат

34. Скажите пожалуйста, когда речь идет о выборе лечения - какие лекарства принимать, каким способом лечиться, на ваш взгляд, это должно быть совместным решением врача и пациента или только врача?

1. только врача, он же профессионал, а я ничего не понимаю в медицине
2. совместное решение врача и пациента – врач должен прислушиваться и уважать мнение пациента, это очень важно.

За время болезни вы принимали разные решения - о выборе врача, медицинского учреждения, о выборе способа лечения или согласие на операцию и многие другие.

35. Скажите, пожалуйста, как вы в целом оцениваете правильность ваших решений, хотелось бы вам что-то изменить или нет?

1. в целом все мои решения были правильные
2. какие-то правильные, а какие-то нет
3. сегодня я бы многое сделал(а) по-другому

36. Какие бы решения вы поменяли? (!!!только для тех, кто выбрал ответ 2,3 в вопросе №35!!!!)

В заключении несколько вопросов о Вас:

1. Ваш пол

!!!ВНИМАНИЕ, ИНТЕРВЬЮЕР! УКАЖИТЕ, НЕ СПРАШИВАЯ!

1. мужчина
2. женщина

2. Сколько Вам лет?

3. Ваше образование?

1. неполное среднее образование
2. полное среднее образование
3. среднее специальное образование
4. высшее (или неполное высшее)
5. 2 высших или научная степень

4. Как бы Вы охарактеризовали свое материальное положение

1. не хватает денег даже на самое необходимое
2. на ежедневные расходы хватает, но покупка одежды уже представляет для нас трудность
3. в основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования (телевизор, холодильник и пр.) наших сбережений недостаточно
4. покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений, однако покупка автомобиля, квартиры или дорогостоящий отпуск нам недоступен
5. могу купить практически все, что хочу

Благодарим за ответы!

| | | Дивергентный статус (сит1) | | Дивергентный статус (сит2) | | Дивергентный статус (сит3) | |
|------------------------|--|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| ПОЛ | Мужской | 42% | 36% | 42% | 31% | 42% | 34% |
| | Женский | 58% | 64% | 58% | 69% | 58% | 66% |
| | Всего | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Возраст | 18-30 | 21% | 22% | 21% | 22% | 23% | 14% |
| | 31-44 | 15% | 19% | 16% | 16% | 16% | 15% |
| | 45-59 | 22% | 21% | 22% | 18% | 21% | 23% |
| | 60-69 | 20% | 29% | 21% | 25% | 20% | 25% |
| | 70+ | 22% | 9% | 20% | 19% | 19% | 24% |
| | Всего | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Материальное положение | Не хватает денег даже на самое необходимое | 5% | 1% | 4% | 5% | 4% | 4% |
| | На ежедневные расходы хватает, но покупка одежды уже представляет для нас труд-ность | 17% | 12% | 17% | 13% | 15% | 19% |
| | В основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования наших сбережений недостаточно | 42% | 48% | 42% | 44% | 43% | 42% |
| | Покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений | 32% | 36% | 32% | 35% | 33% | 31% |
| | Могу купить практически все, что хочу | 5% | 3% | 5% | 3% | 5% | 3% |
| | Всего | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Таблица 5.3 – Выбор формы обращения за медицинской помощью на начальной стадии развития хронического заболевания в разных группах респондентов по образованию

| | Образование | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|----------------|-----|---------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| | Неполное среднее | | Полное среднее | | Среднее специальное | | Высшее (или неполное высшее) | | 2 высших или научная степень | |
| Государственная поликлиника по ОМС | 13 | 93% | 40 | 83% | 121 | 89% | 171 | 74% | 20 | 54% |
| Частное (платное) медицинское учреждение за свои деньги | 0 | 0% | 9 | 19% | 18 | 13% | 36 | 16% | 8 | 22% |
| Частное (платное) медицинское учреждение по полису ДМС | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 10 | 4% | 2 | 5% |
| Платные услуги в государственном мед. учреждении | 0 | 0% | 3 | 6% | 9 | 7% | 23 | 10% | 4 | 11% |
| Частная скорая помощь | 0 | 0% | 2 | 4% | 2 | 1% | 4 | 2% | 0 | 0% |
| Государственная скорая помощь | 1 | 7% | 7 | 15% | 22 | 16% | 28 | 12% | 5 | 14% |
| «Хороший врач» не зависимо от его места работы | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 2% | 19 | 8% | 8 | 22% |
| Консультация фармацевта в аптеке | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% | 9 | 4% | 2 | 5% |
| Другое | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 4% | 15 | 6% | 0 | 0% |
| Всего | 14 | | 48 | | 136 | | 232 | | 37 | |
| | Образование | | | | | | | | | |
| Хи-квадрат | 85,667 | | | | | | | | | |
| ст.св. | 36 | | | | | | | | | |
| Знч. | 0,000 ^{a,*b} | | | | | | | | | |

Таблица 5.4 – Выбор формы обращения за медицинской помощью на начальной стадии развития хронического заболевания в разных группах респондентов по классу болезни (включены только подвыборки с достаточным объемом)

| | Болезни органов дыхания | | Болезни системы кровообращения | | Болезни костно-мышечной системы | | Болезни мочеполовой системы | | Болезни органов пищеварения | | Болезни глаз | | Болезни эндокринной системы | |
|---|-------------------------|---------|--------------------------------|---------|---------------------------------|---------|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|--------------|---------|-----------------------------|---------|
| | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент | Число | Процент |
| Государственная поликлиника по ОМС | 112 | 84% | 62 | 76% | 44 | 77% | 23 | 68% | 23 | 61% | 27 | 90% | 19 | 66% |
| Частное (платное) медицинское учреждение за свои деньги | 14 | 11% | 6 | 7% | 10 | 18% | 7 | 21% | 12 | 32% | 3 | 10% | 8 | 28% |
| Частное (платное) медицинское учреждение по полису ДМС | 4 | 3% | 1 | 1% | 2 | 4% | 0 | 0% | 2 | 5% | 0 | 0% | 2 | 7% |
| Платные услуги в государственном мед. учреждении | 5 | 4% | 9 | 11% | 7 | 12% | 6 | 18% | 5 | 13% | 0 | 0% | 4 | 14% |
| Частная скорая помощь | 1 | 1% | 2 | 2% | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 | 3% |
| Государственная скорая помощь | 14 | 11% | 21 | 26% | 2 | 4% | 6 | 18% | 10 | 26% | 1 | 3% | 3 | 10% |
| «Хороший врач» не зависимо от его места работы | 6 | 5% | 5 | 6% | 3 | 5% | 1 | 3% | 4 | 11% | 3 | 10% | 2 | 7% |
| Консультация фармацевта в аптеке | 5 | 4% | 1 | 1% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 11% | 1 | 3% | 0 | 0% |
| Другое | 2 | 2% | 6 | 7% | 7 | 12% | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 | 3% | 2 | 7% |
| Всего | 133 | | 82 | | 57 | | 34 | | 38 | | 30 | | 29 | |
| | Класс болезни | | | | | | | | | | | | | |
| Хи-квадрат | 187,618 | | | | | | | | | | | | | |
| ст. св. | 99 | | | | | | | | | | | | | |
| Знч. | ,000 ^{a, b} | | | | | | | | | | | | | |

^a Статистика хи-квадрат значима на уровне 0,05.

^b. Более чем в 20% ячеек этой подтаблицы значения в ячейках ожидаются меньшими, чем 5. Результаты хи-квадрат могут быть недостоверными.

Таблица 5.5 – Мотивы обращения в государственное медицинское учреждение по ОМС

| | Количество | % по столбцу |
|---|------------|--------------|
| Финансовая доступность /получение бесплатной помощи | 111 | 43% |
| Профессионализм врачей | 68 | 26% |
| Необходимость мед помощи | 34 | 13% |
| Удовлетворенность качеством медицинских услуг в целом | 28 | 11% |
| Привычка | 24 | 9% |
| Решение формальных вопросов по ОМС: | 22 | 8% |
| Отсутствие выбора | 16 | 6% |
| Отрицательное отношение к коммерческой медицине | 13 | 5% |
| Отсутствие разницы между мед. помощью по ОМС и за свой счет | 13 | 5% |
| Географическая доступность | 10 | 4% |
| Готовность принять недостатки | 10 | 4% |
| Другое | 22 | 8% |
| Всего | 260 | 100% |

Таблица 5. 6 – Конфигурация факторов медицинского выбора (факторы, составляющие «культурное знание», и фактор «боль...») в группах с разными терапевтическими решениями (без учета степени влияния).

| | 1 Ситуация болезни: типы пациентского выбора | | | |
|--|---|---|---|----------------------------------|
| | Только официальная медицина (в % от N=379) | Только самостоятельное лечение (в % от N=32) | Официальная медицина +самостоятельное лечение (в % от N=74) | другие варианты (в % от N=25) |
| Доверие к медицине как науке | 76% | 69% | 73% | 76% |
| Знания, полученные от «другого» | 39% | 63% | 74% | 48% |
| Субъективная оценка состояния с точки зрения серьезности | 65% | 75% | 85% | 68% |
| Отношение к медицинским институтам | 65% | 88% | 96% | 80% |
| Привычное поведение | 46% | 56% | 55% | 48% |
| Боль и другие интенсивные симптомы | 65% | 53% | 78% | 56% |
| Критерии хи-квадрат | | | | |
| | | Сит1: типы пациентского выбора | Комментарии | |
| Доверие к медицине как науке | Хи-квадрат | ,944 | Уровень значимости низкий, не оказывает влияние на дифференциацию выбора. | |
| | ст.св. | 3 | | |
| | Знач. | ,815 | | |
| Знания, полученные от «другого» | Хи-квадрат | 35,996 | Фактор оказывает влияние на выбор: <i>Среди тех, кто выбирает ТОЛЬКО официальную</i> | |
| | ст.св. | 3 | | |
| | | | | |

| | | | |
|------------------------------------|------------|--------|--|
| | Знач. | | <i>медицину этот фактор в той или иной мере значим для 39% опрошенных пациентов, в то время как среди тех, кто совмещает биомедицину с самостоятельным лечением, таких 74%. Среди тех, кто предпочел ТОЛЬКО самостоятельное лечение, этот фактор повлиял на решение в 63% случаев.</i> |
| Субъективная оценка состояния | Хи-квадрат | 11,812 | Фактор оказывает влияние на выбор: <i>Наибольшее влияние этого фактора отмечается у тех, кто совмещает традиционную медицину с самостоятельным лечением- 85%. Далее три четверти тех, кто выбрал только самолечение (75%) отметили этот фактор в качестве значимого (в той или иной мере). И наконец, для приверженцев биомедицины он актуален в 65% случаев.</i> |
| | ст.св. | 3 | |
| | Знач. | ,008 | |
| Доверие к медицинским учреждениям | Хи-квадрат | 34,232 | Фактор оказывает влияние на выбор |
| | ст.св. | 3 | |
| | Знач. | ,000 | |
| Привычное поведение | Хи-квадрат | 2,829 | Уровень значимости низкий, не оказывает влияние на дифференциацию выбора. |
| | ст.св. | 3 | |
| | Знач. | ,419 | |
| Боль и другие интенсивные симптомы | Хи-квадрат | 8,577 | |
| | ст.св. | 3 | |
| | Знач. | ,035 | |

Результаты основаны на непустых строках и столбцах в каждой внутренней подтаблице.

*. Статистика хи-квадрат значима на уровне 0,05.

Таблица 5.7 – Распределение суждений-индикаторов без учета степени влияния в группах пациентов, совершавших моновыбор и комбинированный выбор (представлены только самые распространенные варианты выбора)

| | Моновыбор | | Самый распространенный вариант комбинированного выбора | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|--|----------------------------|
| | Только официальная медицина | Только самостоятельное лечение | Сначала самостоятельное лечение | Потом официальная медицина |
| У меня нет недоверия к врачам, просто надо найти хорошего, «своего» | 44% | 55% | 35% | 72% |
| Я не доверяю врачам, куда бы я не обращался, везде одно и то же | 16% | 0% | 15% | 76% |
| Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям: там все слишком плохо организовано | 17% | 14% | 30% | 12% |
| Меня в значительной степени устраивает, как все организовано в конкретных медицинских учреждениях, куда я хожу | 32% | 14% | 4% | 22% |
| Привык лечиться именно так: все так делают | 52% | 41% | 48% | 62% |
| У меня была сильная, временами просто невыносимая боль или другие интенсивные проявления болезни (некомфортные состояния) | 65% | 62% | 57% | 4% |
| Я оценил свое состояние как очень серьезное, угрожающее | 54% | 59% | 30% | 2% |
| Не по каждой же ерунде ходить по врачам | 27% | 31% | 52% | 30% |
| Мне некогда ходить по врачам | 30% | 10% | 59% | 14% |
| Мне посоветовали мои друзья родственники, соседи | 27% | 10% | 48% | 0% |
| Мне посоветовали мои знакомые (друзья) - профессиональные врачи | 20% | 10% | 35% | 22% |
| В Интернете все можно найти, и я обращался к нему | 16% | 14% | 33% | 28% |
| Посмотрел рекламу по ТВ, или увидел рекламу в газете, решил попробовать | 9% | 0% | 24% | 54% |
| Я доверяю медицинской науке, медицинскому знанию | 63% | 69% | 24% | 0% |
| У меня нет доверия к медицине | 11% | 0% | 4% | 8% |
| У меня несколько заболеваний, и мне нужна такая медицина, которая видит меня в целом. | 23% | 14% | 15% | 2% |
| У меня есть полис ДМС | 13% | 7% | 4% | 8% |
| Подвыборка | 376 | 29 | 46 | 50 |

Таблица 5.8 – Индексы влияния суждений-индикаторов в ситуации «дебюта» болезни при выборе профессиональной медицинской помощи и самолечения (расчет индексов влияния от 0 до 3)¹

| | ИНДЕКСЫ ВЛИЯНИЯ (от 0 до 3) | |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| | Обратился к официальной медицине | Стал лечиться самостоятельно |
| У меня была сильная, временами просто невыносимая боль или другие интенсивные проявления болезни (некомфортные состояния) | 1,873 | 1,317 |
| Я не доверяю врачам, куда бы я не обращался, везде одно и то же | 0,162 | 0,604 |
| Я оценил свое состояние как очень серьезное, угрожающее | 1,576 | 0,782 |
| У меня нет недоверия к врачам, просто надо найти хорошего, «своего» | 1,076 | 0,713 |
| Посмотрел рекламу по ТВ, или увидел рекламу в газете, решил попробовать | 0,076 | 0,327 |
| Я доверяю медицинской науке, медицинскому знанию | 1,721 | 0,653 |
| Привык лечиться именно так: все так делают | 1,085 | 0,99 |
| Меня в значительной степени устраивает, как все организовано в конкретных медицинских учреждениях, куда я хожу | 0,729 | 0,287 |
| В Интернете все можно найти, и я обращался к нему | 0,155 | 0,713 |
| Мне посоветовали мои друзья родственники, соседи | 0,515 | 0,97 |
| Мне посоветовали мои знакомые (друзья) -профессиональные врачи | 0,504 | 0,634 |
| Не по каждой же ерунде ходить по врачам | 0,328 | 1,168 |
| У меня нет доверия к медицине | 0,122 | 0,366 |
| У меня несколько заболеваний, и мне нужна такая медицина, которая видит меня в целом. | 0,478 | 0,584 |
| Мне некогда ходить по врачам | 0,354 | 1,406 |
| Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям: там все слишком плохо организовано | 0,249 | 0,911 |
| У меня есть полис ДМС | 0,24 | 0,149 |

¹ Выделение цветом: автоматическое форматирование от наиболее сильного (зеленый) до наименее выраженного (красный).

Таблица 5. 9 – Факторный анализ: матрица факторных нагрузок (в рамках первой ситуации)¹

| | Компонент | | | | |
|---|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| У меня была сильная, временами просто невыносимая боль или другие интенсивные проявления болезни (некомфортные состояния) | -,014 | ,053 | ,023 | -,069 | ,795 |
| Я не доверяю врачам, куда бы я не обращался, везде одно и то же | ,229 | ,133 | ,007 | ,767 | -,020 |
| Я оценил свое состояние как очень серьезное, угрожающее | -,126 | ,186 | ,172 | ,053 | ,647 |
| У меня нет недоверия к врачам, просто надо найти хорошего, «своего» | ,273 | ,339 | ,418 | -,293 | ,091 |
| Посмотрел рекламу по ТВ, или увидел рекламу в газете, решил попробовать | ,177 | ,670 | ,010 | ,205 | ,074 |
| Я доверяю медицинской науке, медицинскому знанию | -,057 | -,131 | ,576 | -,191 | ,313 |
| Привык лечиться именно так: все так делают | ,094 | -,010 | ,659 | ,188 | -,054 |
| Меня в значительной степени устраивает, как все организовано в конкретных медицинских учреждениях, куда я хожу | -,091 | ,145 | ,672 | ,003 | ,047 |
| В Интернете все можно найти, и я обращался к нему | ,548 | ,347 | -,021 | ,102 | ,039 |
| Мне посоветовали мои друзья родственники, соседи | ,213 | ,474 | -,082 | ,178 | ,246 |
| Мне посоветовали мои знакомые (друзья) -профессиональные врачи | ,149 | ,718 | ,015 | -,034 | ,062 |
| Не по каждой же ерунде ходить по врачам | ,741 | ,154 | ,008 | ,051 | -,158 |
| У меня нет доверия к медицине | ,206 | ,259 | ,062 | ,758 | -,017 |
| У меня несколько заболеваний, и мне нужна такая медицина, которая видит меня в целом. | ,450 | -,005 | ,453 | ,078 | ,317 |
| Мне некогда ходить по врачам | ,663 | ,186 | -,047 | ,164 | -,210 |
| Я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям: там все слишком плохо организовано | ,643 | -,041 | ,096 | ,386 | ,159 |
| У меня есть полис ДМС | -,051 | ,568 | ,357 | ,225 | -,054 |

Таблица 5.10 – Распределение фактора «финансовая доступность» в разных группах пациентов по материальному положению, образованию и возрасту

| <i>По материальному положению</i> | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| Не хватает денег даже на самое необходимое | На ежедневные расходы хватает, но покупка одежды уже представляет для нас труд-ность | В основном денег хватает, но при покупке товаров длительного пользования наших сбережений недостаточно | Покупка товаров длительного пользования не вызывает затруднений | Могу купить практически все, что хочу |
| 57% | 62% | 56% | 43% | 26% |
| <i>По образованию</i> | | | | |
| Неполное среднее | Полное среднее | Среднее специальное | Высшее (или неполное высшее) | 2 высших или научная степень |
| 93% | 59% | 64% | 42% | 40% |
| <i>По возрасту</i> | | | | |
| 18-30 | 31-44 | 45-59 | 60-69 | 70+ |
| 40% | 38% | 53% | 59% | 65% |

¹ Доля объясненной дисперсии составляет 53%.

Таблица 5. 11 – Индексы влияния суждений-индикаторов в ситуации хроникализации болезни при выборе разных вариантов обращения к профессиональной медицинской помощи и самолечения (расчет индексов влияния от 0 до 3) ¹

| | В целом по выборке | Врач по ОМС | Врач (за свой счет в частной или гос. организации) | Свой врач (вне зависимости от формы оплаты) | Обращение за помощью к фармацевту | Самолечение | Другое |
|--|---------------------------|-------------|--|---|-----------------------------------|-------------|--------|
| Лучше меня никто не знает мой организм | 0,841 | 0,713 | 0,486 | 0,638 | 0,965 | 1,189 | 0,879 |
| Официальная медицина не способна мне толком помочь | 0,348 | 0,197 | 0,208 | 0,290 | 0,298 | 0,615 | 0,364 |
| Все болезни берутся от засоренности организма. Главное в лечении – практики очищения | 0,297 | 0,244 | 0,250 | 0,246 | 0,263 | 0,357 | 0,212 |
| Мое заболевание требует постоянного наблюдения официального врача | 1,139 | 1,488 | 1,306 | 1,812 | 1,018 | 0,378 | 0,818 |
| У меня есть свой врач, которому я доверяю | 0,961 | 0,953 | 1,278 | 2,203 | 0,895 | 0,592 | 0,788 |
| Некогда ходить в гос.поликлиники: там все плохо организовано | 0,678 | 0,280 | 0,958 | 0,406 | 0,509 | 1,122 | 0,879 |
| Причина любых болезней – эмоциональные срывы, стрессы | 0,833 | 0,843 | 0,708 | 1,246 | 1,228 | 0,750 | 0,545 |
| Официальная медицина лечит химией, а народная – природными средствами | 0,387 | 0,354 | 0,250 | 0,449 | 0,368 | 0,444 | 0,242 |
| У меня уже есть опыт лечения | 1,389 | 1,051 | 1,000 | 1,275 | 1,667 | 2,087 | 1,364 |
| Только официальная медицина, ее технологии и лекарства способны мне помочь | 1,206 | 1,539 | 1,278 | 1,696 | 1,211 | 0,602 | 0,909 |
| Те медицинские государственные организации, куда я хожу, меня вполне устраивают | 0,851 | 1,205 | 0,681 | 1,072 | 1,000 | 0,474 | 0,606 |
| В Интернете все можно найти и я обращаюсь лучше к нему | 0,232 | 0,138 | 0,208 | 0,174 | 0,281 | 0,337 | 0,394 |
| Государственная поликлиника обеспечивает меня бесплатными лекарствами | 0,242 | 0,358 | 0,097 | 0,217 | 0,070 | 0,112 | 0,212 |
| Мне помогают советами друзья коллеги, родственники | 0,507 | 0,362 | 0,639 | 0,507 | 0,842 | 0,643 | 0,667 |

¹ Выделение цветом: автоматическое форматирование от наиболее сильного (зеленый) до наименее выраженного (красный).