

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕТАЦИОННОГО СОВЕТА 24.2.340.02,
СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
АВТОНОМНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
НИЖЕГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Н. И.
ЛОБАЧЕВСКОГО» ПО ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ
СТЕПЕНИ КАНДИДАТА НАУК

аттестационное дело № _____

решение диссертационного совета от 20 января 2023 г. № 1

О присуждении Финкельштейн Ирине Евгеньевне, гражданке Российской Федерации, ученой степени кандидата социологических наук.

Диссертация «Социокультурные особенности и практики медицинского выбора хроническими пациентами крупного российского города на различных стадиях заболевания» по специальности 5.4.6. – «Социология культуры» принята к защите 16.11.2022 г. протокол № 7, диссертационным советом 24.2.340.02, созданным на базе Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского» (ННГУ) Министерства науки и высшего образования РФ, приказ № 105/нк от 11.04.2012 г. (603022, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 23).

Соискатель Финкельштейн Ирина Евгеньевна, 1982 года рождения, в 2004 г. окончила специалитет Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный университет» по специальности «Социология» (квалификация социолог).

В период с 1.09.2015 г. по 31.08.2019 обучалась в аспирантуре очной формы обучения по направлению подготовки 39.06.01 Социологические науки, профиль подготовки 22.00.04. Социальная структура, социальные институты и процессы. Диплом об окончании аспирантуры № 63 выдан 5 июля 2019 года Федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева». Справка о сдаче кандидатского экзамена по специальности Социология культуры № 039/А выдана 5 июля 2021 года Федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского».

В период подготовки диссертации И.Е. Финкельштейн работала в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева», до 2017 г. на должности ассистента, с 2017 г. и по настоящее время на должности старшего преподавателя кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований.

Диссертация выполнена на кафедре методологии социологических и маркетинговых исследований Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева» (Самарский университет) Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Научный руководитель – Лехциер Виталий Леонидович, доктор философских наук, доцент, профессор кафедры философии и кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований Самарского университета.

Официальные оппоненты:

1. Лебедева-Несевря Наталья Александровна доктор социологических наук, доцент, заведующая лабораторией методов анализа социальных рисков ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
2. Клепикова Анна Александровна кандидат социологических наук, доцент факультета антропологии АНООВО «Европейский университет в Санкт-Петербурге»

дали положительные отзывы о диссертации.

Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «**Волгоградский государственный медицинский университет**» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ВолгГМУ Минздрава России), г. Волгоград, в своем положительном отзыве, подписанном заведующим кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, доктором социологических наук, профессором А.Д. Дониной, указала, что достоверность результатов исследования подтверждается использованием серьезной теоретико-методологической базой, теоретических моделей, эмпирически верифицированных на материалах других стран, адекватным применением методов. Анализ текста диссертации, автореферата и представленных в РИНЦ публикаций автора позволяет сделать вывод о том, что работа И.Е. Финкельштейн «Социокультурные особенности и практики медицинского выбора хроническими пациентами крупного российского

города на различных стадиях заболевания» представляет собой самостоятельное и завершённое научное исследование, в котором решена задача определения роли социокультурных факторов в процессе принятия терапевтических решений пациентами на разных стадиях хронической болезни.

Выводы автора в необходимой мере обоснованы. Результаты диссертации прошли достаточную апробацию. Диссертация И.Е. Финкельштейн полностью соответствует требованиям пп. 9,10,11,13,14 «Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного Правительством РФ от 24.09.2013 № 842, предъявляемым к работам, представленным на соискание ученой степени кандидата социологических наук, а ее автор Финкельштейн Ирина Евгеньевна заслуживает присуждения ученой степени кандидата социологических наук по специальности 5.4.6 – социология культуры.

Соискатель имеет 9 опубликованных работ по теме диссертации (общий объем 7,0 п.л., авторский вклад 6,0 п.л.), из них 5 публикаций в рецензируемых научных изданиях.

Сведения об опубликованных соискателем ученой степени работах, в которых изложены основные научные результаты диссертации, достоверны.

Наиболее значимые научные работы по теме диссертации:

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.)

Недостоверные сведения в списке опубликованных соискателем ученой степени работ, в которых отражены основные научные результаты диссертации И.Е. Финкельштейн, отсутствуют.

На диссертацию и автореферат поступили отзывы:

Положительный отзыв на диссертацию официального оппонента **Лебедевой-Несевря Натальи Александровны**, доктора социологических наук, доцента, заведующей лабораторией методов анализа социальных рисков ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических

технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Пермь.

В отзыве указаны следующие замечания:

1. Предметом исследования обозначены «социокультурные особенности выбора терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями». Также «социокультурные особенности» заявлены в названии диссертации. Но что в выявленных в работе моделях медицинского выбора, в механизмах и процессе принятия терапевтических решений является особенным, а что – общим? И, самое главное, особенным для кого – россиян, жителей крупного города, пациентов с хроническими заболеваниями? Поскольку в работе отсутствует сравнение полученных результатов с другими российскими или зарубежными исследованиями, а изученная в рамках авторских исследований группа диссертантом никак не структурируется, возникают сомнения в том, что выделенные характеристики носят специфический характер.

2. Одна из ключевых идей работы заключается в том, что модели медицинского выбора определяются сложносоставным фактором «культурного знания». Структура данного фактора обсуждается на протяжении всей диссертации. Но что представляет собой его содержание? Например, диссертант говорит, что «правило выбора формы самолечения определяется культурными знаниями пациента о том, как и чем нужно лечить определенные болезни» (С. 69). Каково наполнение этих культурных знаний? Есть ли у них какая-то национальная, региональная или иная специфика? Какова она?

3. Медицинский выбор человека с хроническим заболеванием, вероятно, вписан в более широкий контекст его выборов в сфере здоровья (сбережения, укрепления здоровья – то, что в зарубежных публикациях называется «healthcare choice»). Можно ли говорить о том, что обнаруженные модели медицинского выбора являются репрезентацией более масштабной системы «healthcare choices»? Какие социокультурные факторы могут играть ключевую роль в формировании этой системы?

4. В диссертации фактически не обсуждаются системные / институциональные ограничения пациентского выбора. На С. 82 применительно к пациентам, наблюдающимся в государственных поликлиниках, немного говорится о формальности, иллюзорности выбора, даже приводится яркая цитата. Однако дальше тема «блокировки» выбора вследствие действия макросоциальных факторов, институциональных практик не развивается. Вероятно, наличие и действие данных ограничений также определяют особенности медицинского выбора российских пациентов, однако содержание и характер данного влияния, к сожалению, не попали в фокус исследования.

Положительный отзыв на диссертацию официального оппонента **Клепиковой Анны Александровны**, кандидата социологических наук, доцента факультета антропологии АНООВО «Европейский университет в

Санкт-Петербурге» (ЕУСПб), г. Санкт-Петербург.

В отзыве указаны следующие замечания:

1. Работе не хватает критики теоретических концепций, применяемых другими авторами, она не выглядит полемичной. Например, раз уж автор в некоторых пределах прибегает к ссылкам на классика медицинской социологии Толкотта Парсонса и одновременно анализирует ситуацию хронического заболевания, возможно, было бы более обстоятельно изложить критическую полемику вокруг его концепции роли больного и ее применимости именно к хроническим болезням.

2. Работе не хватает методологической рефлексии по поводу применения методов нарративного интервью и опроса для анализа практик – в данном случае, практического выбора терапевтических решений. Автор излагает и анализирует материалы интервью так, как если бы она принимала слова информанта за чистую монету, не затрагивая в анализе прагматический и интеракционный пласты интервью, вопросы конструирования информантом собственной идентичности в процессе интервью и разыгрывания ее «на сцене». В этом смысле автору было полезно прибегнуть к методологии анализа интервью, предложенной социологом и антропологом Катрин Риссман – в том числе, в отношении нарративов о болезни. Приведу один пример, с. 67:

Частичное следование или отказ от прописанного лечения могут быть вызваны разными факторами: [...] 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).

Анализируя этот пример, автор полностью следует за информанткой в своем анализе ее высказывания, что отказ от лечения может быть связан с «неорганизованностью». В действительности можно было бы попробовать проинтерпретировать смыслы, которые информантка вкладывает в эту реплику, которую она произносит еще и посмеиваясь, что вообще говоря служит важным маркером того, что за высказыванием стоят дополнительные смыслы. Возможно, эта реплика, в действительности, служит маркером недоверия медицинским препаратам, врачу или биомедицине в целом. Может быть, информантка не считает свою проблему достаточно серьезной, требующей столь сильной медикализации и контроля над ее жизнью со стороны медицины. Более широкий контекст интервью может помочь выбрать более точную интерпретацию. Подобной работы по анализу и интерпретации материалов систематически не хватает, не говоря уже о том, что мы лишь с натяжкой можем утверждать, что исследуем практики (практический выбор в данном случае), если проводим исследование только при помощи интервью и опросов, но не наблюдая за поведением людей в методологии включенного наблюдения. Так, если информант говорит что-то вроде «если бы я лечился не биомедициной, я бы тут перед вами уже не

сидел» – в действительности, он лишь тем самым в присутствии собеседника позиционирует себя как человека, лояльного определенным культурным ценностям. О том, к каким средствам он на самом деле прибегает мы ничего не узнаем.

3. Как представляется, автор делает некоторую натяжку, когда утверждает, что результаты ее исследования показательны для крупного российского города. Крупные российские города довольно неоднородны и ситуация в них может быть специфичной. Так, если мы возьмем в качестве примера Улан-Удэ, Читу или Кызыл ситуация с обращением к альтернативной медицине будет радикально иная, чем в Самаре. Предполагаю, что Махачкала, Астрахань, Владивосток, Казань и т.д. будут обладать своей мощной спецификой, которая связана с влиянием культурных факторов. В этом смысле масштабирование результатов исследования возможно лишь в пределах весьма ограниченного региона.

4. Автор анализирует ситуацию хронической болезни и выбор терапевтических решений пациентами с хроническими заболеваниями. При этом спектр этих заболеваний в работе весьма широк и включает состояния разной тяжести и степени угрозы для жизни. Можно предположить, что человек с псориазом и человек с раком будут принимать эти решения по-разному и возможность экспериментов для них разная – хотя бы потому, что специалисты альтернативной медицины берутся работать не со всеми заболеваниями из-за возможности юридических последствий для них. В работе же они представлены единой группой, под единой шапкой хронических болезней. Более удачным методологическим решением было бы фокусирование либо на одной группе заболеваний, либо же более последовательное сравнение и различение более и менее тяжелых, угрожающих и не угрожающих жизни состояний.

5. В работе не хватает концептуализированного разграничения терминов самолечение, народная медицина, неконвенциональная медицина, альтернативные медицинские системы и др. как на уровне категориального аппарата самого автора, так и в отношении представлений информантов. Например, травничество, не принадлежащее, скажем, тибетской медицине – это альтернативная медицинская система или народная медицина? Или самолечение? А как сами пациенты это концептуализируют? А если врач биомедицинской клиники посоветовал попить травки, которые на первом этаже клиники в аптеке продаются, или поставить в соседнем кабинете пиявок – куда это отнести? К какой системе это относят пациенты? А экспериментальное лечение псориаза, которое, возможно, не является доказательной методикой? Подобные вопросы можно множить – суть комментария заключается в том, что представленная нам в анализе картина как будто несколько упрощена по отношению к тому, что присутствует или могло бы присутствовать в собранных материалах.

Положительный отзыв ведущей организации – **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский**

университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ВолГМУ Минздрава России), г. Волгоград.

В отзыве указаны следующие замечания:

1. Из таблиц приложения рукописи следует, что автор применяла для обработки результатов социологического опроса статистические методы. В то же время при описании методов исследования подробно рассмотрены феноменологические концепции, основанные на принципах медицинской антропологии и качественные социологические методы. Из описания количественных социологических методов не совсем ясно, какие критерии использованы при формировании выборки респондентов и как она отражает характеристики всей генеральной совокупности. В тексте диссертации при анализе результатов опроса не приводятся критерии сравнительной статистики, что не позволяет оценить достоверность полученных различий непосредственно при чтении рукописи.

2. Обзор литературы основан на зарубежных исследованиях, в то же время сама автор отмечает, что «...безусловно, содержательно модель медицинского выбора в другом социально-культурном пространстве будет существенно отличаться – и структура альтернативных решений, и критерии оценки болезни» (с. 36). В параграфе 1.1.2 «Исследование медицинского выбора пациентов в социологии медицины и медицинской антропологии в России» (с. 37-42) автор только перечисляет работы, выполненные в междисциплинарном поле социологии медицины, близкие проблематике работы. В списке литературы указаны только 2 работы – диссертации по социологии медицины (Солодухиной Д.П. и Ефименко С.А.).

3. На наш взгляд, «пациентский медицинский выбор», исследуемый в диссертации может быть рассмотрен в рамках широко используемых исследователями в данном контексте моделей врачевания Р. Вича. В условиях пандемии исследователи отметили некий ренессанс патернализма (патерналистской модели по Р. Вичу) в медицине, что, безусловно, должно отразиться и на эксплицированных автором «моделях принятия терапевтических решений».

4. Представляют интерес паттерны социокультурного поведения пожилых пациентов, поскольку в России наблюдается феномен старения нации, с тенденцией к преобладанию в пациентском корпусе группы 65+. Эта социальная группа, представленная абсолютным большинством хронических больных, безусловно, отличается социокультурными особенностями и практиками медицинского выбора. Например, в современных социологических работах показаны особенности экспектации пожилых пациентов с ностальгией по образу «советского врача». В диссертации эта социальная группа представлена фрагментарно, в социологическом опросе согласно таблице 5.1. респонденты 70+ составили пятую часть выборки (102 человека).

Положительный отзыв об автореферате кандидата социологических наук **Бажиной Елены Владимировны**, доцента кафедры экономики, управления и социологии, Государственное автономное образовательное

учреждение высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет» Самарский филиал, г. Самара. Без замечаний.

Положительный отзыв об автореферате кандидата социологических наук **Богомягковой Елены Сергеевны**, доцента кафедры теории и истории социологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург.

В отзыве указаны следующие замечания:

Первое замечание-уточнение носит методический характер. Выбор автором комбинированной стратегии социологического исследования представляется абсолютно оправданным. Вместе с тем, из текста автореферата неясно, какой выборочный метод был использован при наборе 510 респондентов на количественном этапе (каким образом и из какой генеральной совокупности отбирались участники исследования), а также чем обосновывается использование квотирования по полу и возрасту на втором этапе выборки (с. 12). Кроме того, требуют уточнения и пояснения, применяемые в ходе анализа статистические и математические методы. В своей работе И.Е. Финкельштейн выявляет факторы, влияющие на принятие того или терапевтического решения, однако, неясно, какие методы анализа данных, позволяющие делать такие выводы, были использованы в исследовании (факторный, корреляционный, регрессионный анализ)? Полагаем, что простых распределений может быть недостаточно для формулирования столь сильных выводов.

Второе замечание-уточнение относится к содержательному пласту работы. И.Е. Финкельштейн выявляет и анализирует социокультурные факторы медицинского выбора, однако, в автореферате мы не обнаружили ни определения, ни классификации таких факторов. Вместо этого дана трактовка понятия «культурное знание» (с. 14). Хочется уточнить у автора, это одинаковые или разные феномены? Сегодня термин «социокультурный» используется крайне широко, покрывает собой значительный круг явлений и становится универсальным объяснительным и интерпретативным приемом. При этом теряется его содержательный смысл, если все факторы/явления являются социокультурными или все может быть объяснено социокультурной спецификой. Если вернуться к проблеме терапевтического выбора, то в контексте рассматриваемой темы было бы важно провести различие между социокультурными и иными факторами, чтобы обозначить специфику первых.

Положительный отзыв об автореферате кандидата социологических наук **Вялых Никиты Андреевича**, доцента, доцента кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южный федеральный университет», г. Ростов-на-Дону. Без замечаний

Положительный отзыв об автореферате кандидата социологических наук **Ядовой Майи Андреевны**, заведующей отделом социологии и

социальной психологии ИНИОН РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт научной информации по общественным наукам Российской академии наук, г. Москва. Без замечаний.

На все замечания диссертантом даны исчерпывающие ответы.

Выбор официальных оппонентов обосновывается соответствием их научных интересов профилю рассматриваемой диссертации, высокой теоретической и профессиональной квалификацией, наличием научных работ по проблематике исследования, в том числе опубликованных в течение последних 5 лет.

Выбор ведущей организации аргументирован соответствием научных трудов сотрудников (Доника А.Д., Седова Н.Н., Агапова Е.Г., Притулина Ю.Г., Шкарин В.В., Еремина М.В.) направлению диссертационного исследования, наличием публикаций по проблематике исследования, что подтверждает их компетентность в определенной научной и практической ценности представленной диссертационной работы.

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

- разработана методика изучения социокультурных факторов принятия терапевтических решений хроническими пациентами;
- предложен исследовательский конструкт «медицинское культурное знание», характерный для хронических пациентов;
- доказано влияние социокультурных факторов на медицинский выбор, совершаемый хроническими пациентами на разных стадиях развития заболевания;
- введены в отечественную исследовательскую практику понятия, необходимые для исследования медицинского выбора пациентов.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

- доказана эвристическая ценность сочетания когнитивной медицинской антропологии и феноменологической социологии для социологического изучения социокультурных особенностей медицинского выбора, совершаемого хроническими пациентами;
- применительно к проблематике диссертации результативно, то есть с получением обладающих новизной результатов, применена стратегия последовательного сочетания качественной и количественной методологии социологического исследования;
- изложены различия в структуре терапевтических решений хронических пациентов на трех стадиях болезни («дебют болезни», постановка диагноза/назначение лечения, хроникализация болезни);
- раскрыта структура медицинского «культурного знания» и социокультурные особенности медицинского выбора пациентов на разных стадиях развития хронического заболевания, в том числе социокультурные особенности медицинского выбора хронических пациентов в период пандемии;
- изучены модели медицинского выбора на начальной стадии «дебюта

болезни» и на стадии хроникализации болезни;

- *проведена модернизация подходов к исследованию медицинского поведения пациента.*

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что:

- *разработаны и внедрены в образовательный процесс концептуальные и методические наработки по теме диссертации, которые могут быть использованы в преподавании курсов: «Социология медицины», «Социология культуры», «Медицинская антропология», а также в рамках работы секций Студенческого научного общества (СНО);*

- *определены перспективы практического использования результатов исследования для корректировки системы здравоохранения с учетом особенностей пациентов с хронической патологией, для развития пациентцентричного подхода в медицине, для формирования в медицинском профессиональном сообществе понимания хронической патологии как «типичного врачебного случая»;*

- *созданы новые универсальные измерительные процедуры для изучения моделей медицинского выбора хроническими пациентами, включая набор альтернативных терапевтических решений на разных стадиях развития хронической болезни и социокультурные факторы;*

- *представлены предложения по дальнейшему развитию исследований социокультурных факторов медицинского выбора пациентов.*

Оценка достоверности результатов исследования выявила:

- для экспериментальных работ* – применена совокупность исследовательских процедур в рамках количественной и качественной методологии социологических исследований, применена актуальная для современной эмпирической социологии стратегия последовательного сочетания качественной и количественной методологии, выбраны адекватные методы анализа социологических данных;

- теория* исследования построена на теоретической модели, верифицированной в западных и отечественных релевантных эмпирических работах;

- идея базируется* на обобщении опыта социальных исследований медицины в контексте культуры;

- использована* методическая триангуляция для обеспечения обоснованности выводов на качественном этапе исследования;

- установлено*, что положения и выводы диссертации обладают существенной научной новизной, ее концептуальная линия согласуется с актуальными тенденциями в области социальных исследований медицины;

- использованы* современные методы сбора первичной социологической информации (глубинное интервью, метод фокус-группы, полуструктурированное интервью) и обработки данных с использованием пакетов статистического анализа (IBM SPSS), представительные выборочные совокупности с обоснованием выборочных методов и критериев отбора.

Личный вклад соискателя состоит во включенном участии на всех этапах исследовательского процесса, в непосредственном участии в получении исходных данных, в проведении социологического исследования, в личном участии в апробации результатов исследования, также при участии автора проводилась обработка социологических данных, интерпретация данных выполнена лично автором, автором подготовлены публикации результатов исследования в ведущих российских научных изданиях.

В ходе защиты были высказаны следующие критические замечания и вопросы: о количественном и качественном исследовании, о мотивации выбора пациентов, об отличии понятий «тотальной неопределенности» и «незнания» в рамках работы, о разнице между народной, традиционной и неконвенциональной медициной, о разнице принимаемых решений пациентами с разными формами хронических заболеваний, вопросы, уточняющие понятие «культурного знания».

Соискатель И.Е. Финкельштейн ответила на задаваемые ей в ходе заседания вопросы, привела собственную аргументацию, описала возможные направления новых исследований.

На заседании 20 января 2023 года диссертационный совет принял решение: за разработку теоретических положений, имеющих значение для анализа социокультурных оснований медицинского выбора, совершаемого хроническими пациентами, присудить Финкельштейн И.Е. ученую степень кандидата социологических наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 18 человек (из них 16 участвовало очно и 2 участвовало в удаленном интерактивном режиме), из них 6 докторов наук по специальности 5.4.6. – «Социология культуры», участвовавших в заседании, из 24 человек, входящих в состав совета, дополнительно введены на разовую защиту 0 человек: проголосовали: «за» – 17, «против» – 1, не участвовавших в голосовании – нет.

Председатель диссертационного совета



Дорожкин А.М.

Ученый секретарь диссертационного совета

Воронина Н.Н.

20 января 2023 г.