

# МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*В.Л. ЛЕХЦИЕР, А.С. ГОТЛИБ, И.Е. ФИНКЕЛЬШТЕЙН*

## МЕДИЦИНСКИЙ ВЫБОР ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КРУПНОМ РОССИЙСКОМ ГОРОДЕ: СИТУАЦИИ, ПРАКТИКИ, ФАКТОРЫ

*Аннотация.* Настоящая статья посвящена основным результатам количественного эмпирического исследования пациентского выбора в условиях крупного российского города. Объектом исследования выступили хронические больные Самары, отобранные методом двухступенчатой выборки по критериям: тип заболевания, пол, возраст (N = 510 чел.). Метод исследования — полужормализованное интервью. Методологически исследование основано на подходе, выработанном в рамках когнитивной медицинской антропологии, в теоретических и эмпирических работах американских антропологов Линды Гарро и Джемса Янга, в которых были сформулированы принципы Study of Medical Choice, Decision-Making Approach. Кроме того, исследование проходило в контексте проблематики «общества ремиссии», развиваемой социологами и антропологами Ансельмом Страуссом, Артуром Клейнманом, Артуром Франком. При этом принципы Study of Medical Choice адаптированы в исследовании к институциональным условиям российского здравоохранения с присущим ему спектром медицинского выбора и факторами, влияющими на принятие пациентами медицинских решений. Знание об этих решениях необходимо для

---

**Лехциер Виталий Леонидович** — доктор философских наук, профессор, Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева. **Адрес:** 443086, Самара, ул. Академика Павлова, д. 1, корп. 22. **Телефон:** +7 (846) 337-99-88. **Электронная почта:** lekhtsiervitaly@mail.ru

**Готлиб Анна Семеновна** — доктор социологических наук, заведующая кафедрой методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева. **Адрес:** 443086, Самара, ул. Академика Павлова, д. 1, корп. 22. **Телефон:** +7 (846) 337-99-88. **Электронная почта:** angotlib@samtel.ru

**Финкельштейн Ирина Евгеньевна** — старший преподаватель кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева. **Адрес:** 443086, Самара, ул. Академика Павлова, д. 1, корп. 22. **Телефон:** +7 (846) 337-99-88. **Электронная почта:** finik82@mail.ru

понимания вектора реформирования российской системы здравоохранения и организации адекватной запросам пациентов медицинской помощи.

В статье результаты выбора, который делают хронические больные среди имеющихся альтернатив (обращение к государственной и негосударственной биомедицине, к разным формам неконвенциональной медицины, медикализированное и немедикализированное самолечение), структурированы по трем главным ситуациям жизни пациентов с болезнью. Это первая встреча с болезнью («дебют болезни»); постановка диагноза и назначение лечения; хроникализация патологии (обострения болезни или контроля над ней). Показано, что эти ситуации выбора отличаются друг от друга не только спектром имеющихся альтернатив для принятия хроническими больными медицинских решений (этот вывод был получен еще на первом, качественном, этапе исследования), но и количественной представленностью тождественных альтернатив. Так, показано существенное возрастание самолечения в третьей ситуации, вызванное целым рядом причин субъективного и объективного плана, а также значительное увеличение удельного веса опрошенных, обратившихся к практикам неконвенциональной медицины в ситуации после постановки диагноза.

В статье также представлены результаты анализа факторов, серьезно повлиявших, по мнению опрошенных, на конкретное решение в изучаемых ситуациях. Описана иерархия представленности этих факторов применительно к каждой ситуации болезни.

Выявлена количественная представленность решений, характерных для нонкомплаенса, таких как отказ от лекарств, поиск другого врача, перепроверка диагноза.

*Ключевые слова:* медицинский выбор; терапевтические решения; факторы медицинского выбора; ситуация выбора; хроническая болезнь; самолечение; биомедицина; неконвенциональная медицина.

*Для цитирования:* 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. 78–98. DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6387

### **Теоретико-методологическое введение**

Эмпирическое исследование практик медицинского выбора пациентов и факторов, влияющих на этот выбор в крупном российском городе, было осуществлено силами исследовательского коллектива Самарского национального исследовательского университета им. С.П. Королева<sup>1</sup> в течение 2017–2018 гг. Дизайн исследования основан на стратегии *последовательного сочетания качественного и количественного этапов* [4; 21]. При этом качественное социологическое исследование в нашей познавательной ситуации (2017 г.) было призвано дать ответы на исследовательские вопросы, в которых бы «проступала» российская повседневность хронических пациентов, для которых, как и для любых хроников, всегда актуальны «необходимость принимать отнимающие силы решения относительно того, когда начать или закончить какое-либо действие,

<sup>1</sup> Исследование поддержано РФФИ, грант № 17-06-00127 А. Руководитель исследовательской группы — проф. В.Л. Лехциер.

когда перейти с более слабых препаратов на более сильные и когда обращаться за помощью к профессионалу» [32, с. 47] и другие проблемы медицинского выбора. Подобное описание жизни с болезнью дало нам возможность содержательно сформулировать теоретические гипотезы, чтобы на этапе классического исследования их верифицировать, что соответствует нормам исследования подобного типа.

Объектом нашего исследования на обоих его этапах 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 г. в статье «Хроническая болезнь» [35] и чуть позже в совместной с Барни Глейзером книге «Хроническая болезнь и качество жизни» [36, с. 16]. Эта мысль далее развивалась социологами, философами [22; 29] и в теории канадского социолога Артура Франка приобрела завершение в виде концепта «общества ремиссии» [24; 25], 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* [5, с. 162; 10].

Принципиальным является и понимание термина «медицинское решение» применительно к пациенту. Во-первых, оно *медицинское* (или 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; при этом для ситуации медицинского выбора конститутивно наличие альтернативных линий поведения и, соответственно, возможность альтернативных решений, что человек должен осознавать. Как сам выбор, так и влияющие на него факторы эксплицировались в исследовании *из перспективы субъекта*: «Принимающие решение люди могут не знать всех факторов, известных внешнему аналитику, но это не лишает основания изучение процесса принятия решения на основе учета фактов, убеждений и ценностей, исходя из которых действует человек» [34, с. 12].

Эти общие методологические принципы основаны на подходе, выработанном в рамках когнитивной медицинской антропологии [28], в теоретических и эмпирических работах американских антропологов Линды Гарро и Джемса Янга, в которых формулируются принципы Study of Medical Choice, Decision-Making Approach, Model Treatment Decision Making [37; 38; 27]. Отметим, что именно в медицинской антропологии впервые прозвучала тема медицинского выбора, поскольку эта дисциплина во многом началась с идеи медицинского плюрализма [33, с. 61–67; 11, с. 15–17], различия медицинских систем и практик, по-разному типологизируемых [23; 20; 8]. Когнитивная медицинская антропология, начиная с 1980-х гг., предлагает изучать индивидуальный

медицинский выбор, который делает человек на основе культурных знаний, личного опыта и имеющихся материальных ресурсов [26]. Выбор трактуется как рациональное, осознанное поведение, но при этом рациональность понимается не *нормативно*, не как систематическая и оптимальная калькуляция полезности той или иной альтернативы, в повседневной жизни человека невозможная, а *описательно* — как упрощенные когнитивные процедуры, достаточные для принятия решений [27; 10].

Характерно, что на первом, качественном, этапе исследования информанты не всегда даже могли понять, о каких «решениях» идет речь, так как действовали, по их словам, «как обычно». Однако они легко «узнавали» себя в понятии «решение», когда его произносил социолог, что говорит о релевантности этого понятия уровню первичных интерпретаций. Именно поэтому на этапе количественного исследования действие по принципу «как обычно» или «по привычке», то есть осуществляющееся в рамках не требующей рефлексии рутинизированной практики, также включено нами в спектр альтернативных решений, присущих ситуации выбора. Вместе с тем мы понимаем, что включение рутинизированного поведения в палитру решений, в конфигурацию выбора является в строгом смысле коррелятом исследовательской установки.

Подчеркнем, что опора на методологию Study of Medical Choice в исследовании осуществлена только в отношении ключевых понятий и проблематики. Между тем полностью перенесение на российские реалии тех аналитических схем, которые применяли Л. Гарро и Дж. Янг в своих исследованиях небольших традиционных сообществ Мексики и Канады, с присущим этим сообществам репертуаром медицинского выбора, невозможно. Наше классическое исследование проводилось с учетом институциональной организации российского здравоохранения, опиралось на результаты, которые были получены на качественном этапе анализа: выявленные факторы выбора, репертуар выбора и др.

Сегодня российскими социологами и антропологами тема медицинского выбора периодически поднимается — исследуются те или иные аспекты этого выбора или его «отраслевые» особенности. Выявляется последовательный рост количества россиян, предпочитающих — при возникновении симптомов и дальнейшем течении болезни — самолечение обращению к врачу. Называются, чаще всего гипотетически, причины этого роста, такие как доступность лекарств, отпускаемых в аптеке без рецепта, обилие медицинской информации в СМИ и новых медиа, недоверие к медицине и др. [6; 17]. Анализируется влияние доверия / недоверия к медицинским институциям на выбор личной поведенческой стратегии в отношении к этим институциям, в частности в сфере репродуктивной медицины [7]. Изучается роль выбора пациентами медицинской помощи (врача и медицинской институции) в функционировании систем здравоохранения, политика расширения потребительского выбора в этой сфере [18]. Исследуются случаи и тенденции отказа людей от медицинского вмешательства, например от вакцинации или антиретровирусной терапии [1; 13]. Философы и антропологи рефлексиируют на темы громких медийных кейсов медицинского выбора, самый яркий пример — случай Анджелины Джоли [14; 12], которая решила на превентивную двойную мастэкто-

мию, а потом еще на ряд радикальных мер и открыто объяснила причины своего решения [30]. Новой темой социологических исследований становится поведение человека в условиях геномной медицины, например после генетического тестирования на вероятность онкологии [15].

Проведенное нами исследование оригинально в том отношении, что, во-первых, оно начинается (на первом этапе) с эмпирического выяснения ситуаций выбора и спектра входящих в него альтернативных действий, а не берет готовыми и то и другое; во-вторых, оно рассматривает одну и ту же болезнь *процессуально*, в развитии, а не как стационарное состояние, — отсюда сравнение решений человека в ситуации дебюта болезни и ее хроникализации; в-третьих, оно посвящено только хроническим больным.

Позволим себе остановиться кратко на некоторых вопросах и результатах первого этапа исследования, которые самым непосредственным образом определили ряд методологических установок второго, количественного, этапа<sup>2</sup>. В качественном исследовании нами были поставлены следующие основные исследовательские вопросы: 1. Какие медицинские решения принимают хронические пациенты? 2. В каких ситуациях они их принимают? 3. Какие факторы влияют на эти решения? На этом этапе исследования использовалось глубинное интервью с хроническими больными. Всего было опрошено 30 пациентов: 15 — в Самаре и 15 — в Москве, отобранных методом целевого отбора (включение Москвы в качестве обследуемого региона представлялось нам методологически целесообразным в силу того, что столичная система здравоохранения по сравнению с регионами является более развитой, и ее анализ может дать более широкий спектр факторов, влияющих на медицинский выбор пациентов)<sup>3</sup>. Критериями отбора выступили следующие социальные характеристики индивидов: наличие хронического заболевания не менее одного года, пол, возраст. Глубинные 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, интервьюеры получили информированное согласие на участие в опросе и публикацию результатов в научных изданиях после процедур транскрибирования и анимизирования транскриптов интервью.

К основным результатам можно отнести следующие: 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 назначения 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, меди-

<sup>2</sup> Подробнее о результатах качественного исследования см. статью [9].

<sup>3</sup> Количественное исследование, результаты которого представлены в статье, касается только самарских пациентов. Сравнительное количественное исследование медицинского выбора хронических пациентов в Москве и в Самаре — перспектива анализа.

кализованная и немедикализованная); 3) были установлены различные факторы, влияющие на принятие медицинских решений во всех трех ситуациях<sup>4</sup>. При этом отдельные частные факторы, выявленные в исследовании, были обобщены — на основании теоретических и логических принципов — до уровня более сложных (составных). В частности, для *первой ситуации* выбора было выявлено пять детерминирующих его факторов: три относительно простых — «финансовая доступность», «боль и другие интенсивные симптомы болезни», «привычное рутинное поведение», и два более сложных — «культурное знание» и «отношение к медицинским институциям». Для *третьей ситуации* выбора (хроническая болезнь) было выявлено четыре фактора, отчасти отличающихся от влияющих на выбор в ситуации «дебюта»: «культурное знание», «отношение к медицинским институциям», «знание себя» и «финансовая доступность».

Важно отметить, что и на первом и на втором этапах исследования разговор с пациентом относительно его медицинского выбора в той или иной ситуации и факторов, детерминирующих этот выбор, всегда касался *только одного заболевания*, которое сам информант (или респондент), чаще всего имеющий несколько заболеваний, считал главным, наиболее значимым для него. Такое условие разговора было принято по причине того, что, как правило, разным типам заболеваний соответствуют и разные медицинские решения. Рассмотрение исключительно одного субъективно главного заболевания делало наши исследовательские задачи выполнимыми, хотя, возможно, и несколько упрощало реальную ситуацию жизни хронического больного.

На втором, количественном, этапе исследования были поставлены следующие основные задачи: 1) описать количественную представленность конкретных решений пациентов в трех изучаемых ситуациях болезни; 2) описать иерархию факторов, влияющих на медицинский выбор в изучаемых ситуациях болезни; 3) описать количественную представленность спектра мотивов тех или иных конкретных решений (обращения к различным формам конвенциональной<sup>5</sup> и неконвенциональной<sup>6</sup> медицины, самолечения). На этом этапе использовался метод полужформализованного интервью с хроническими пациентами, отобранными с помощью двухступенчатой выборки, где на первой ступени использовался стратифицированный отбор по критерию «тип заболевания», а на второй — квотный отбор по критериям «пол», «возраст». В качестве статистических документов, необходимых для

---

<sup>4</sup> Мы допускаем, что возможны и другие факторы, влияющие на медицинский выбор хронических больных в крупных российских городах, особенно в столице, однако они не были выявлены в нашем качественном исследовании.

<sup>5</sup> В статье понятия конвенциональной, официальной и биомедицины используются как контекстуальные синонимы.

<sup>6</sup> Неконвенциональная медицина — все подходы к лечению, альтернативные биомедицине (системе здравоохранения западного типа, основанной на синтезе объективистского научного знания и современных технологий). К неконвенциональной медицине чаще всего относят народное целительство, индийскую аюрведу, традиционную китайскую медицину, гомеопатию [16, с. 181–186].



реализации выборочного отбора, использовались данные статистической отчетности заболеваемости жителей Самары в 2016 г., представленные на сайте Федеральной службы государственной статистики по Самарской области. Всего было опрошено 510 хронических больных.

### Результаты количественного исследования

#### «Дебют болезни»: спектр и факторы выбора

В соответствии с первой задачей была определена мера представленности различных решений в рамках первой ситуации<sup>7</sup>. Анализ показал, что 92% опрошенных обращаются к конвенциональной медицине; 21% выбирают самолечение. Выбор альтернативной медицинской помощи осуществляли только 2% опрошенных, что находится, как известно, в пределах статистической погрешности<sup>8</sup>.

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»<sup>9</sup>. Наше исследование показало, что для 83,7% опрошенных характерен моновыбор. Из них 76,8% обращаются только к конвенциональной медицине; 6,7% выбирают только самостоятельное лечение<sup>10</sup> (рис. 1).

Исследование показало, что 16,3% респондентов комбинируют различные действия в первой ситуации выбора. 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% (рис. 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 биомедицина, потом самостоятельное лечение» и их одновременное использование (5,5)<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Расчет производился на основе шкалы с множественным выбором.

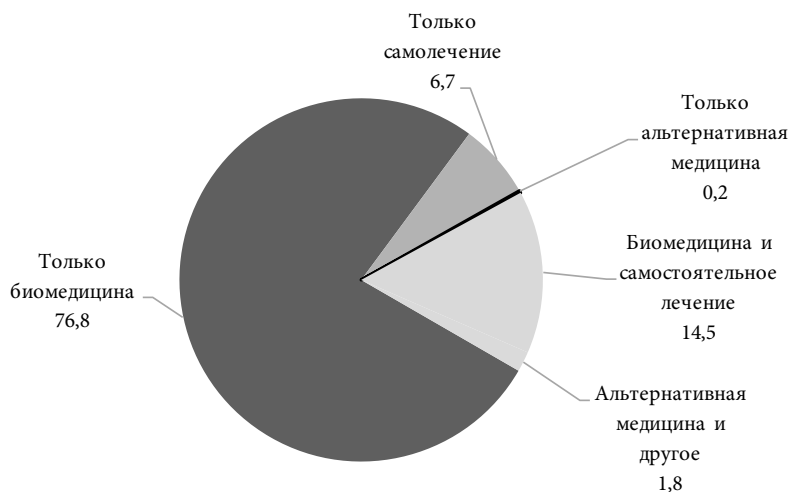
<sup>8</sup> При этом хотелось бы подчеркнуть, что институциональная среда города Самары представлена центрами, кабинетами неконвенциональной медицины и частными специалистами, которые практикуют различные медицинские системы (активное развитие началось с начала 2000-х гг.). Что касается народного целительства, то эта форма лечения существовала всегда, даже при формальном запрете в советское время [19].

<sup>9</sup> Идея комбинированного выбора основывается на положении Л. Гарро о дивергентной рациональности как стратегии поведения в ситуации выбора [27, с. 319].

<sup>10</sup> Выбор неконвенциональной медицины как единственного решения представлен малой социальной группой в пределах статистической ошибки (0,2%).

<sup>11</sup> Комбинированный медицинский выбор хронических пациентов — выявленная в нашем исследовании новая тема для российской социологии, требующая в перспективе отдельного изучения.

Корреляционный анализ показал, что медицинский выбор в первой ситуации в основном не различается в группах с разными социально-демографическими характеристиками (по полу, образованию, материальному положению, типу заболевания). Однако выбор пациентов различается в зависимости от возраста<sup>12</sup>. И действительно, респонденты старше 70 лет значительно реже занимаются самолечением при первом столкновении с болезнью. Возможно, это связано со сформированным еще в советское время безусловным доверием к медицинским учреждениям и, соответственно, с интернализованной нормой обязательного обращения к профессиональной медицинской помощи в случае болезни.



**Рис. 1. Распределение моно- и комбинированного медицинского выбора пациентов в ситуации «дебюта болезни» (в % от общего числа опрошенных, N = 510)**

Рассмотрим более подробно выбор биомедицины с точки зрения формы обращения<sup>13</sup>. Исследование показало, что преобладающее большинство пациентов 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 «хорошего врача независимо от его места работы» осуществляют только 6% опрошенных. Доля пациентов, выбравших другие варианты, составила менее 5%<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> По критерию Хи-квадрат, на уровне значимости 95%.

<sup>13</sup> Удельный вес пациентов, выбравших разные формы конвенциональной медицины, рассчитывался от общего числа обратившихся к биомедицине, N = 467.

<sup>14</sup> К ним относятся такие варианты, как консультации фармацевта, получение медицинских услуг по полису добровольного медицинского страхования, вызов частной скорой помощи.



Несмотря на то, что обращение к платным медицинским услугам меньше распространено, тем не менее четверть пациентов использовали эту форму помощи<sup>15</sup>. В качестве основных мотивов назывались: хорошая организация процесса медицинской помощи и качественное лечение (31%), индивидуальный подход к лечению (20%). Остальные мотивы упоминались реже — знакомый врач (10%), высокая квалификация врачей (8%), благожелательное отношение к пациенту (8%), отсутствие узкого специалиста в поликлинике (8%), географическая доступность (7%)<sup>16</sup>.

Согласно корреляционному анализу выбор пациентов относительно формы обращения к официальной медицинской помощи незначительно различается в возрастных группах, группах по образованию и типу болезни.

Анализ показал, что частота обращения за платными услугами пациентов в возрасте до 30 лет выше в 1,2–2,1 раза по сравнению с другими группами по возрасту. Отличается выбор пациентов с разным стажем болезни: в группе пациентов, первый выбор которых происходил более 30 лет назад (это 13% от общего числа опрошенных), доля обратившихся в поликлинику по месту жительства составляет 91%, что в 1,2 раза выше, чем в среднем по массиву. Это объясняется объективными причинами — их выбор в ситуации «дебюта болезни» пришелся на советское время, для которого характерна принципиально другая институциональная среда медицины. Также различается ситуация в зависимости от материального положения. Среди высокообеспеченных пациентов ожидаемо на 10 п.п. больше тех, кто пользуется платными услугами, по сравнению с малообеспеченными респондентами<sup>17</sup>.

Выше было указано, что в целом *самостоятельное лечение* с учетом комбинированных и некомбинированных моделей характерно для менее четверти респондентов (21% от всех респондентов). При этом, по данным анализа, самолечение в значительно большей степени распространено среди тех хронических больных, которые принимали решение сравнительно недавно — менее 10 лет назад<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Удельный вес пациентов, которые пользуются платными медицинскими услугами (25%), складывается из долей обратившихся в частные клиники (15%), в государственные клиники за свой счет (8%) и в частную скорую помощь (2%).

<sup>16</sup> Изучение мотивации обращения к платным медицинским услугам реализовывалось через открытый вопрос.

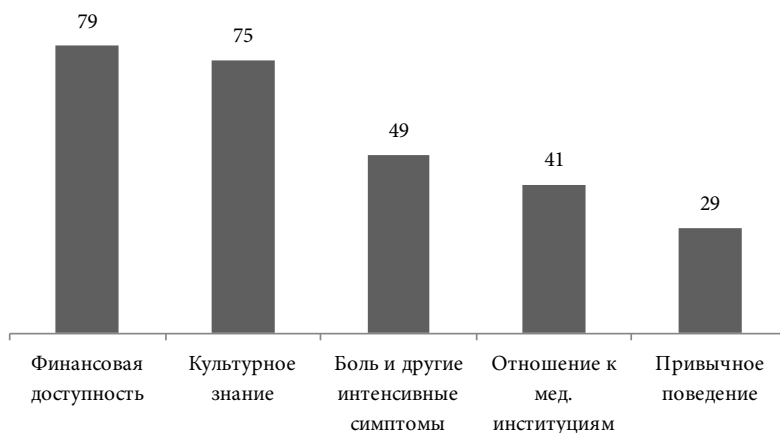
<sup>17</sup> Материальное положение измерялось по шкале: 1 — нуждающиеся; 2 — малообеспеченные; 3 — более или менее обеспеченные; 4 — довольно обеспеченные; 5 — высокообеспеченные. Вопросная форма шкалы звучала следующим образом: 1 — не хватает денег даже на самое необходимое; 2 — на ежедневные расходы 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.

<sup>18</sup> Распределение пациентов, для которых характерно самостоятельное лечение в первой ситуации выбора, в группах с разным стажем болезни: 1–2 года — 20%; 3–5 — 27%; 6–10 — 33%; 11–29 — 14%; 30 и более — 10%.

Однако важно ответить на вопрос, в рамках какой медицинской системы осуществляется самолечение. Иерархия форм самостоятельного лечения выстраивается так: медикализированное лечение (89% опрошенных); на основе народной медицины (менее половины пациентов — 46%) и другие формы немедикализованного лечения (менее трети пациентов — 31%). В свою очередь немедикализованное лечение представлено 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 институтами» [2]. В нашем исследовании более половины респондентов (61%), выбирающих самостоятельное лечение как моновыбор или как часть комбинации, в качестве объясняющего мотива указывали суждение «мне некогда ходить по врачам», что 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.).

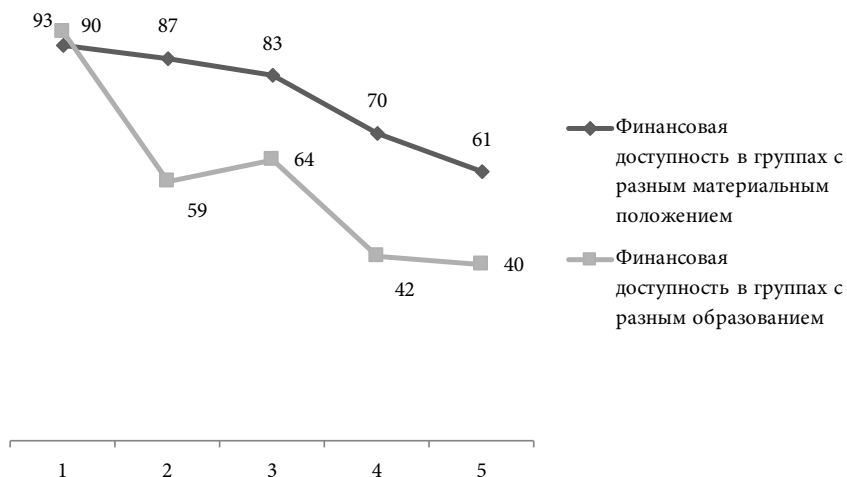
Обратимся к следующей задаче исследования — определить меру представленности факторов, серьезно повлиявших на принятие решения в первой ситуации выбора. Иерархия факторов представлена на рисунке 2. Первое место делят «финансовая доступность» (79%) и «культурное знание» (75%). Второе место занимают факторы «боль и другие интенсивные симптомы» (49%) и «отношение к медицинским институтам» (41%). А на третьем месте — фактор «привычное, рутинное поведение» (29%).

Распространенность факторов выбора в ситуации «дебюта болезни» значимо различается в зависимости от образования и материального положения пациентов, а также от типа болезни и стратегии поведения, с точки зрения его комбинированности.



**Рис. 2. Иерархия факторов, оказавших серьезное влияние на процесс принятия решения в ситуации «дебюта болезни» (% от общего числа опрошенных, N = 510)**

Финансовая доступность как фактор значительно более актуальна для пациентов старше 70 лет (92%) и для пациентов с низким материальным 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 медицинского решения; также влияние фактора «финансовая доступность» уменьшается и с ростом уровня образования (рис. 3).



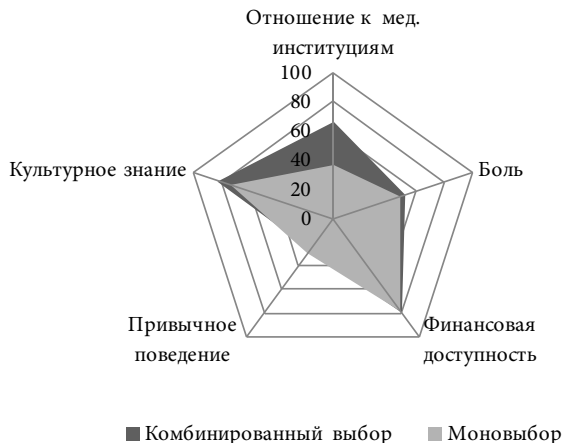
**Рис. 3. Представленность фактора «Финансовая доступность» в группах пациентов с разным материальным положением и уровнем образования**  
(% от общего числа опрошенных,  $N = 510$ )

Фактор «боль и другие интенсивные симптомы» наименее актуален среди молодежи до 30 лет по сравнению с другими возрастными группами.

На рисунке 4 наглядно проиллюстрировано различие распределения факторов в группе пациентов с комбинированным поведением и в группе пациентов с моновыбором. В группе пациентов с комбинированным поведением в ситуации дебюта болезни существенно выше влияние фактора «отношение к медицинским учреждениям» по сравнению с группой моновыбора — практически в 1,8 раза. При этом акцент в первой группе делается прежде всего на недоверии к медицинским учреждениям<sup>19</sup>. Вполне возможно, что дополнение биомедицины обращением к неконвенциональным медицинским практикам и самолечению как раз вызвано таким скорее отрицательным отношением к медицинским учреждениям. Это подтверждается и количественной представленностью суждений, которые в исследовании выполняли роль индикаторов данного фактора:

<sup>19</sup> Следует отметить, что общее понятие «медицинские учреждения» в нашем исследовании обозначает различные типы официальных медицинских учреждений, практикующих именно биомедицину, в частности такие, как поликлиника и стационар, что, безусловно, упрощает изучаемую ситуацию. Однако для целей нашего исследования такого рода обобщения было вполне достаточно.

респонденты, следовавшие стратегии комбинированного поведения, чаще выбирали суждения, указывающие на отрицательный характер отношения к медицинским учреждениям (в 1,6 раза больше в сравнении с группой респондентов, для которых характерен моновыбор)<sup>20</sup>.



**Рис. 4. Сравнение распределения факторов медицинского выбора в группах пациентов комбинированного поведения и моновыбора в ситуации дебюта болезни**  
(% от общего числа опрошенных, N = 510)

#### **Ситуация постановки диагноза и назначения лечения**

В ситуации постановки диагноза происходит «перевод» симптомов болезни из области субъективных интерпретаций и переживаний (illness) в область профессионального экспертного знания (disease) [32] и, соответственно, в рамках этой ситуации «конфликт интерпретаций» пациента и врача может проявляться наиболее ярко.

Безусловно, невозможно по данному распределению судить о степени комплаенсности (приверженности лечению, согласию на выполнение листа назначений). Тем не менее видно, что после первого визита к врачу согласились с диагнозом и начали следовать лечению только 79% (см. табл.). Отказ от части лекарств характеризует терапевтический 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 терапевтический выбор 11% респондентов. В качестве основных мотивов выделялись следующие: отсутствие доверия врачу (27%); важность

<sup>20</sup> В качестве суждений-индикаторов, указывающих на отрицательный характер отношения к медицинским учреждениям, использовались следующие: «я не доверяю врачам» и «я не очень-то доверяю нашим медицинским учреждениям, там все слишком плохо организовано».

второго мнения (25%); отсутствие результата лечения (20%); неприятие диагноза или проверка его достоверности (18%).

Таблица

**Представленность решений пациентов в ситуации постановки диагноза и назначения лечения (% от общего числа опрошенных, N = 510)**

Варианты решений	Удельный вес
согласие с диагнозом и лечением	79
отказ от части лекарств	14
перепроверка у других врачей	11
поиск «хорошего врача»	7
самолечение	14
гомеопатия	2
народное целительство	3
восточная медицина	2

Что касается выбора самолечения в рамках этой ситуации, то доля сделавших его составила 14%, но не для всех это решение было ответом на взаимодействие с медицинскими институциями. Около половины принявших его не обращались за помощью специалиста, изначально лечились самостоятельно, то есть для них такой выбор является последовательным. 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%).

Любопытно, что качественный анализ, проведенный на первом этапе исследования, показал важность поиска «хорошего 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 невысока. Только 7% пациентов целенаправленно осуществляли поиск «хорошего врача».

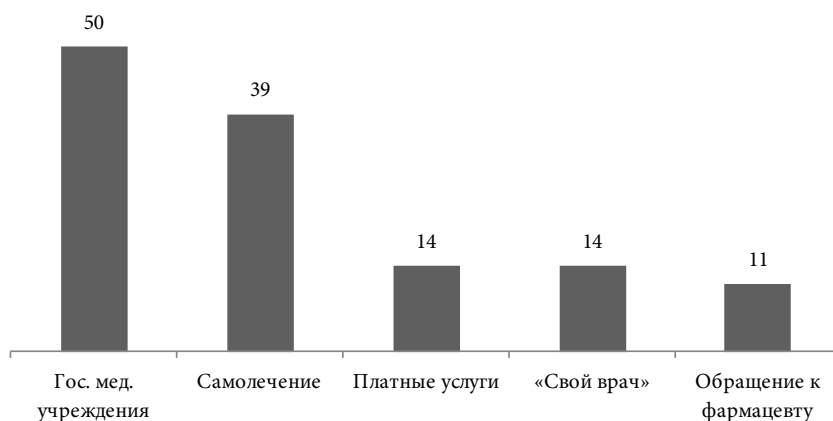
Также можем наблюдать на этом этапе рост обращения к неконвенциональной медицине по сравнению с первой ситуацией — от 2% до 6,7%, то есть рост в 3,3 раза. Несмотря на то, что выбор альтернативных медицинских моделей представлен малой социальной группой, выделим несколько групп пациентов с точки зрения 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 традиционным медицинским системам упоминались и рекомендации конвенционального врача

(20,6%), что иллюстрирует наличие интегративных практик у некоторых представителей биомедицинской системы [16].

Анализ показывает, что выборы пациентов во второй ситуации распределяются равномерно и не различаются в группах по полу, возрасту, материальному положению и типу заболевания, однако зависят от уровня образования пациентов. Среди тех, кто имеет два высших образования или научную степень, принимают решение перепроверить диагноз и назначения около четверти пациентов (26%), тогда как в целом по выборке — всего 11%.

### *Ситуация обострения хронической болезни*

Структура выбора в ситуации хроникализации болезни (ее обострения)<sup>21</sup> следующая: 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 медуслугам и «к своему врачу» (по 14%), получение консультации у фармацевта (11%). Варианты «лечение по ДМС» и «обращение к неконвенциональной медицине» не указаны на рисунке 5 по причине их недостаточной представленности.



**Рис. 5. Распределение вариантов решений пациентов в ситуации обострения и контроля хронической болезни**  
(% от общего числа опрошенных, N = 510)

Анализ показал, что в третьей ситуации *заметно изменилась* представленность медицинских решений хронических больных. Обращение за профессиональной помощью в государственные медицинские учреждения снизилось в 1,8 раза. Выбор самостоятельного лечения, напротив,

<sup>21</sup> 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 нашем исследовании ситуация хроникализации рассматривалась только как событие обострения (возвращения) болезни, тогда как поведение пациента в период ремиссии — перспектива анализа.



стал более предпочтительным по сравнению с другими ситуациями: участился в два раза.

В качестве мотивов<sup>22</sup> выбора *бесплатной медицинской помощи* можно выделить следующие: нехватка средств на оплату частных медицинских услуг (43%); наличие хороших, высокопрофессиональных врачей (26%). Далее следуют такие мотивы, как 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 бесплатной медпомощи (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». Неслучайно только 11% опрошенных, выбирающих государственные медицинские учреждения, 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 исследованиях [7; 2].

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%).

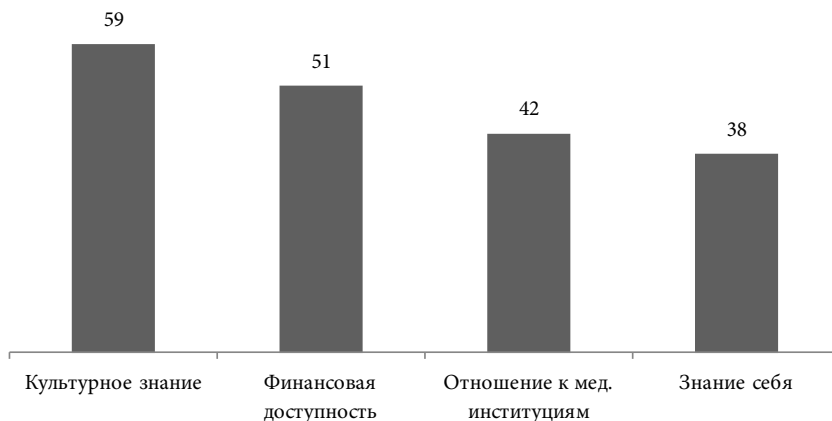
Тот факт, что в рамках третьей ситуации, когда хроническая болезнь вплетается в повседневную жизнь человека, доля самостоятельно лечащихся значительно возрастает, является вполне естественным результатом, поскольку у пациента накоплен опыт лечения, сформирован «запас наличного знания», на основе которого 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 симптомы [32; 10]. Как и в первой ситуации, преобладает медиализированное самолечение — 87%; из них 23% совмещают биомедицинские препараты и средства народной медицины. Структура медиализированного самолечения представлена лечением на основе прежних рекомендаций с самостоятельной корректировкой (40%) и без корректировки (32%); 15% пациентов самостоятельно выбирают себе медицинские лекарства. Немедиализированное лечение представлено различными формами физической нагрузки и средствами народной медицины и характерно для 13% самолечащихся.

Анализ показал, что значения факторов «культурное знание» (59%) и «финансовая доступность» (51%) остаются доминирующими и в тре-

---

<sup>22</sup> 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).

твей ситуации медицинского выбора, когда пациент уже находится в роли хронического больного (рис. 6).



**Рис. 6. Представленность факторов медицинского выбора в ситуации перехода болезни в хроническую стадию**  
(% от общего числа опрошенных,  $N = 510$ )

В рамках третьей ситуации различается представленность некоторых факторов в группах по возрасту, образованию, материальному положению, а также в зависимости от типа болезни и наличия комбинированных решений. В основном это касается фактора «финансовая доступность». Его представленность в качестве фактора, оказывающего сильное влияние на принятие медицинских решений, значительно возрастает по мере ухудшения материального положения пациентов, снижения их уровня образования и повышения возраста. Соответственно, самое высокое значение этот фактор имеет в группах пенсионного возраста, с низким уровнем образования и плохим материальным положением.

Также можно отметить, что значение фактора «знание себя» различается в разных возрастных группах. Чем моложе пациент, тем выше влияние этого фактора. К примеру, в группе пациентов от 18 до 30 лет фактор «знание себя» представлен в 1,4 раза больше, чем в группе старше 70 лет. Возможно, этот фактор и определил более активный выбор самостоятельного лечения в возрастных группах молодых пациентов (от 18 до 30 и от 31 до 44 лет)<sup>23</sup>.

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

Повторяется и вполне предсказуемая тенденция, выявленная нами в первой ситуации: пациенты с более высоким материальным статусом в два раза чаще выбирают платные медицинские услуги.

<sup>23</sup> По возрастным группам самостоятельное лечение распределяется так: 18–30 — 44%; 31–44 — 45%; 45–59 — 41%; 60–69 — 37%; старше 70 — 34% .

### Заключение

По-прежнему, несмотря на существующее многообразие медицинских практик, в институциональном поле здравоохранения крупного российского города (на примере Самары) сохраняется тотальная гегемония биомедицинской системы в вопросе выбора помощи специалиста. Пациенты могут быть недовольны структурой, организацией процесса получения медицинской помощи, но при этом они не видят для себя другого пути решения проблем со здоровьем. В их сознании сохраняется доверие медицинскому знанию. Как показал более детальный анализ, у пациентов возникают различные практики сопротивления и минимизации медикализации своей жизни — попытки уменьшить количество лекарств (с помощью диеты, физической нагрузки); отказ от конкретных видов лекарств, таких как антибиотики, гормональные препараты; замена или дополнение своего лечения различными народными средствами, лекарственными препаратами растительного происхождения. Однако при выборе профессиональной помощи преобладающее большинство пациентов обращаются именно к конвенциональной медицине.

### ЛИТЕРАТУРА

1. 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. № 20 [электронный ресурс]. Дата обращения 15.09.2018. URL: <[http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf)>.
2. Аронсон П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 2. С. 120–131.
3. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи в системе здравоохранения и карьера болезни // Социологические исследования. 1993. № 3. С. 30–36.
4. Готлиб А.С. Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты. Самара: Универс-групп, 2004. — 448 с.
5. Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Пер. с нем И.Я. Сапожниковой при участии Э.Л. Гушанского. М.: Алетей, 2006. — 544 с.
6. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов. Пресс-выпуск ВЦИОМ, 2 сентября 2015 г. [электронный ресурс]. Дата обращения 05.10.2018. URL: <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370>>.
7. Здравомыслова Е., Тёмкина 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. Тёмкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 179–210.
8. Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем / Пер. с англ. А. Курленковой // Социология власти. 2016. № 1. С. 208–232.
9. 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 / Под общ. ред. С.А. Лишаева. Самара: Самарская гуманитарная академия, 2017. С. 108–136.
10. Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatūros namai, 2018. — 312 с.
11. Михель Д.В. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология. Саратов: Новый проект, 2010. — 80 с.
12. Михель Д.В. Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XX века // Рабочие тетради по био-

- этике. Вып. 24: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): Сборник научных статей / Под ред. П. Тищенко. М.: Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2016. С. 35–58.
13. *Ожиганова А.А.* Вакцинация: мнения оппонентов // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири. Труды по медицинской антропологии / Под ред. В. Харитоновой. М.: ОАО «Типография “Новости”», 2009. С. 152–161.
  14. *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.: Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2015. С. 96–118.
  15. *Узарова А.* Парадоксы генетического тестирования на онкологию: между контролем и риском // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 11. № 1. С. 94–104.
  16. *Харитонов В., Янева-Балабанска И.* Интеграция медицинских систем — желаемое и действительное (российско-болгарские параллели) // Сибирские исторические исследования. 2017. № 4. С. 179–209.
  17. *Шилова Л.* Практики самолечения российского населения // Культурное наследие России. 2004. № 2. С. 61–65.
  18. *Шишкин С.В., Бурдяк А.Я., Потапчик Е.Г.* Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения: Препринт WP8/2014/02./ С.В. Шишкин, А.Я. Бурдяк, Е.Г. Потапчик; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. — 36 с.
  19. *Ярская-Смирнова Е.Р., Григорьева О.А.* «Мы — часть природы...». Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 1. С. 151–170.
  20. *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. P. 569–590. DOI: 10.1093/hsw/10.3.238-a
  21. *Cresswell J.W.* Research Design: Qualitative, Quantitative and Mix Methods Approaches. Sage: Thousand Oaks, 2009. — 262 p.
  22. *Denton J.* Medical Sociology. Boston, et al.: Houghton Mifflin, 1978. — 360 p.
  23. *Dunn F.L.* Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems // Asian medical systems: A comparative study / Ed. by C. Leslie. Berkeley: University of California Press. 1976. P. 133–158. DOI: 10.1163/156852178x00287
  24. *Frank A.W.* Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. — 232 p.
  25. *Frank A.W.* At the Will of the Body. Reflections on illness. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2002. — 176 p.
  26. *Garro C.L.* The Ethnography of Health Care Decisions // Social Science & Medicine. 1982. Vol. 16. No. 16. P. 1451–1530.
  27. *Garro C.L.* On the Rationality of Decision-Making Studies. Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities // Medical Anthropology Quarterly. 1998. Vol. 12. No. 3. P. 319–355. DOI: 10.1525/maq.1998.12.3.341
  28. *Garro C.L.* Cognitive Medical Anthropology // Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures / Ed. by C.R. Ember and M. Ember. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2004. P. 12–23. DOI: 10.1056/nejm200411183512127
  29. *Hartmann F.* Betreuung Statt Behandlung Chronisch Kranker // Medizinische Klinik. 1986. No. 5. P. 187–191.
  30. *Jolie Pitt A.* My Medical Choice // NYT. May 14, 2013 [online]. Accessed 05.09.2018. URL: <<http://nyti.ms/1918bbY>>.
  31. *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. — 448 p. DOI: 10.1177/136346158101800205

32. Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books, 1988. — 284 p.
33. Lock M., Nguyen V.-K. An Anthropology of Biomedicine. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. — 506 p.
34. Sargent C. The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel, 1982. — 192 p. DOI: 10.2307/2802367
35. Strauss A. Chronic Illness // Society. 1973. No. 10. P. 33–39.
36. Strauss A., Glaser B. Chronic Illness and the Quality of Life. 2nd ed. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co, 1984. — 225 p.
37. Young A. The Anthropologies of Illness and Sickness // Annual Review of Anthropology. 1982. No. 11. P. 257–285. DOI: 10.1146/annurev.an.11.100182.001353
38. Young J.C., Garro L. Medical Choice in a Mexican Village. Illinois: Waveland Press, 1994. — 233 p.

Дата поступления: 30.11. 2018.

---

**SOTSIOLOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2019.**  
**VOL. 25. NO. 2. P. 78–98.** DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6387

***V.L. LEKHTSIER, A.S. GOTLIB, I.E. FINKELSHEIN***

Samara National Research University named after S.P. Korolev,  
Samara, Russian Federation.

**Vitaliy L. Lekhtsier** — Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Samara National Research University named after S.P. Korolev. **Address:** 1/22, akad. Pavlova Str., 443086, Samara, Russian Federation. **Phone:** +7 (846) 337-99-88. **Email:** lekhtsiervitaly@mail.ru

**Anna S. Gotlib** — Doctor of Sociological Sciences, Professor, Head of the Department of Methodology of Sociological and Marketing Researches, Samara National Research University named after S.P. Korolev. **Address:** 1/22, akad. Pavlova Str., 443086, Samara, Russian Federation. **Phone:** +7 (846) 337-99-88. **Email:** angotlib@samtel.ru

**Irina E. Finkelshtein** — Lecturer, Department of Methodology of Sociological and Marketing Researches, Samara National Research University named after S.P. Korolev. **Address:** 1/22, Akad. Pavlova Str., 443086, Samara, Russian Federation. **Phone:** +7 (846) 337-99-88. **Email:** finik82@mail.ru

### **MEDICAL CHOICE OF CHRONIC PATIENTS IN A LARGE RUSSIAN CITY: SITUATIONS, PRACTICES, FACTORS**

*Abstract.* This article is devoted to the main results of a quantitative empirical study of patients' choice in a large Russian city. The object of this study was the chronic patients of Samara city, selected using a two-step sample method according to the following criteria: disease type, gender, age (N = 510 p). Research was conducted using the semi-formal interview method. Methodologically the study goes back to an approach which was developed within the framework of cognitive medical anthropology in the theoretical and empirical works of American anthropologists Lynda Garro and James Young, which formulated the principles of the Study of Medical Choice, and the Decision-Making Approach. For this research the problem matter of "remission society", developed by sociologists and anthropologists Anselm Strauss, Arthur Kleinman and Arthur Frank, is very much relevant. In the article, the results of the choices that chronic patients make out of the alternatives available (appeal to state and non-state biomedicine, to different forms of unconventional medicine, medical and non-medical self-treatment) are structured according to three main situations in an ill patient's life. These are the following: the situation of first encountering the disease ("the debut of the disease"); the situation of diagnosis and prescription of treatment; the situation of the illness transitioning to a chronic state (exacerbation or

control over the disease). It is shown that these situations of choice differ from each other not only by the range of available alternatives for making medical decisions by chronic patients (this conclusion was obtained at the first qualitative stage of the study, brief results of which are also presented in the article), but also by quantitative representation of identical alternatives. Thus, we can observe a significant increase in self-treatment in the third situation, caused by a number of subjective and objective reasons, as well as a significant increase in the proportion of respondents who turned to practitioners of unconventional medicine in a situation after a diagnosis was made. The principles of Study of Medical Choice are adapted in the study to the institutional conditions of the Russian healthcare system, with its inherent range of choices and factors that influence the patient's medical decision-making. Knowledge of these decisions is necessary in order to understand the direction for reforming the Russian healthcare system and in order to organize medical care which satisfies the needs of patients.

This article also presents the results of analyzing certain factors that have seriously affected, based on the respondents' opinions, a specific solution in the situations studied. A hierarchy of representation of these factors is described for each disease situation.

A quantitative representation of solutions inherent to noncompliance was revealed, such as refusing drugs, searching for another doctor, double-checking the diagnosis.

**Keywords:** medical choice; therapeutic decisions; factors of medical choice; chronic disease; situation of choice; self-treatment; biomedicine; unconventional medicine.

**For citation:** Lekhtsier V.L., Gotlib A.S., Finkelshtein I.E. Medical choice of chronic patients in a large Russian city: Situations, practices, factors. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2019. Vol. 25. No. 2. P. 78–98. DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6387

## REFERENCES

1. Antonova N.A., Eritsyana K.Yu., Dubrovskii R.G., Spirina V.L. Refusal of vaccination. Qualitative analysis of biographical interviews. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. [Theory and practice of social development.] 2014. No. 20. Accessed 15.09.2018. URL: <[http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/20/psychology/antonova-eritsyan-dubrovsky-spirina.pdf)>. (In Russ.)
2. Aronson P.Ya. The loss of institutional trust in Russian healthcare. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*. 2006. Vol. 9. No. 2. P. 120–131. (In Russ.)
3. Braun Dzh.V., Rusinova N.L. Personal connections in the health care system and “career disease”. *Sotsiologicheskoe issledovaniye*. 1993. No. 3. P. 30–36. (In Russ.)
4. Gotlib A.S. *Kachestvennoe sotsiologicheskoe issledovaniye: poznatel'nye i ekzistentsial'nye gorizonty*. [Qualitative case study: cognitive and existential horizons.] Samara: Univers-grupp publ., 2004. 448 p. (In Russ.)
5. Dörner K. *Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha*. [Good doctor. The textbook of the main position of the doctor]. Transl. from Germ. I.Ya. Sapozhnikova, E.L. Gushanskii. Moscow: Aleteiya publ., 2006. 544 p. (In Russ.)
6. *Dostupnost' i kachestvo Rossiiskogo zdravookhraneniya: otsenki patsientov. Press-vypusk VTsIOM, 2 sentyabrya 2015 g.* [Accessibility and quality of Russian health care: patient evaluations. Press release VCIOM, 2 September 2015.] Accessed 05.10.2018. URL: <<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370>>. (In Russ.)
7. Zdravomyslova E., Temkina A. “I don't trust doctors, but ...” Overcoming mistrust in reproductive medicine. *Zdorov'e i doverie: gendernyi podkhod k reproduktivnoi meditsine*. [Health and trust: a gender approach to reproductive medicine.] Ed. by E. Zdravomyslova, A. Temkina. St Petersburg: Izd-vo EUSPb publ., 2009. P. 179–210. (In Russ.)
8. Kleinman A. Concepts and models for comparing medical systems as cultural systems. *Sotsiologiya vlasti*. 2016. No. 1. P. 208–232. (In Russ.)
9. Lekhtsier V.L., Gotlib A.S. Medical choice of chronic patients in a large Russian city: experience of qualitative analysis. *Mixtura verborum' 2017: chelovek i vremya. Filosofskii ezhegodnik*. [Mixture verborum' 2017: Man and time. Philosophical Yearbook.] Ed. by S.A. Lishaev. Samara: Samarskaya gumanitarnaya akademiya publ., 2017. P. 108–136. (In Russ.)
10. Lekhtsier V.L. *Bolezn': opyt, narrativ, nadezhda. Ocherk sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny*. [Disease: experience, narrative, hope. Essay on Social and Humanitarian Studies of Medicine.] Vil'nyus: Logvino literaturos namai publ., 2018. 312 p. (In Russ.)
11. Mikhel' D.V. *Sotsial'naya antropologiya meditsinskikh sistem: meditsinskaya antropologiya*. [Social anthropology of medical systems: medical anthropology.] Saratov: Novyi proekt publ., 2010. 80 p. (In Russ.)
12. Mikhel' D.V. Influence of personalized medicine ideology on the practice of making medical decisions in the early twentieth century. *Rabochie tetradi po bioetike. Vyp. 24: Filosofsko-antropologicheskoe osnovaniye personalizirovannoi meditsiny (mezhdistsiplinarnyi analiz): Sbornik nauchnykh statei*. [Workbooks on bioethics. Issue 24: Philosophical-anthropological foundations of personalized



- medicine (interdisciplinary analysis): Collection of scientific articles.] Ed. by P. Tishchenko. Moscow: Izd-vo Moskovskogo gumanitarnogo un-ta publ., 2016. P. 35–58. (In Russ.)
13. Ozhiganova A.A. Vaccination: opinions of opponents. *Problemy sokhraneniya zdorov'ya v usloviyakh Severa i Sibiri. Trudy po meditsinskoj antropologii*. [Problems of maintaining health in the North and Siberia. Works on Medical Anthropology.] Ed. by V. Kharitonova. Moscow: OAO "Tipografiya 'Novosti'" publ., 2009. P. 152–161. (In Russ.)
  14. Tishchenko P. Philosophical foundations of personalized medicine (PM): incidents of A. Joli and M. Schneider. *Rabochie tetradi po bioetike. Vyp. 21: Filosofsko-antropologicheskie osnovaniya personalizirovannoi meditsiny (mezhdistsiplinarnyi analiz): Sbornik nauchnykh statei*. [Workbooks on bioethics. Issue 21: Philosophical-anthropological foundations of personalized medicine (interdisciplinary analysis): Collection of scientific articles.] Ed. by P. Tishchenko. Moscow: Izd-vo Moskovskogo gumanitarnogo un-ta publ., 2015. P. 96–118. (In Russ.)
  15. Ugarova A. Paradoxes of genetic testing for oncology: Between control and risk. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sotsiologiya*. 2018. Vol. 11. No. 1. P. 94–104. (In Russ.)
  16. Kharitonova V., Yaneva-Balabanska I. Integration of medical systems — desired and real (Russian-Bulgarian parallels). *Sibirskie istoricheskie issledovaniya*. 2017. No. 4. P. 179–209. (In Russ.)
  17. Shilova L. Practice of self-treatment of the Russian population. *Kul'turnoe nasledie Rossii*. 2004. No. 2. P. 61–65. (In Russ.)
  18. Shishkin S.V., Burdyak A.Ya., Potapchik E.G. *Rol' vybora patsientov v rossijskoi sisteme zdavookhraneniya: Preprint WP8/2014/02*. [The role of patient selection in the Russian health care system]: preprint WP8/2014/02.] Ed. By S.V. Shishkin, A.Ya. Burdyak, E.G. Potapchik. Moscow: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki publ., 2014. 36 p. (In Russ.)
  19. Yarskaya-Smirnova E.R., Grigor'eva O.A. "We are a part of nature ...". Social identification of traditional healers. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*. 2006. Vol. 9. No. 1. P. 151–170. (In Russ.)
  20. 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. NY: Free Press, 1983. P. 569–590. DOI: 10.1093/hsw/10.3.238-a
  21. Sresswell J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mix Methods Approaches*. Sage: Thousand Oaks, 2009. 262 p.
  22. Denton J. *Medical Sociology*. Boston, et al.: Houghton Mifflin, 1978. 360 p.
  23. Dunn F.L. Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems. *Asian medical systems: A comparative study*. Ed. by C. Leslie. Berkeley: University of California Press. 1976. P. 133–158. DOI: 10.1163/156852178x00287
  24. Frank A.W. *Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. 232 p.
  25. Frank A.W. *At the Will of the Body. Reflections on illness*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2002. 176 p.
  26. Garro C.L. The Ethnography of Health Care Decisions. *Social Science & Medicine*. 1982. Vol. 16. No. 16. P. 1451–1530.
  27. Garro C.L. On the Rationality of Decision-Making Studies. Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities. *Medical Anthropology Quarterly*. 1998. Vol. 12. No. 3. P. 319–355. DOI: 10.1525/maq.1998.12.3.341
  28. Garro C.L. Cognitive Medical Anthropology. *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*. Ed. by C.R. Ember and M. Ember. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2004. P. 12–23. DOI: 10.1056/nejm200411183512127
  29. Hartmann F. Betreuung Statt Behandlung Chronisch Kranker. *Medizinische Klinik*. 1986. No. 5. P. 187–191.
  30. Jolie Pitt A. My Medical Choice. *NYT*. May 14, 2013. Accessed 05.09.2018. URL: <http://nyti.ms/19l8bbY>.
  31. 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. 448 p. DOI: 10.1177/136346158101800205
  32. Kleinman A. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. N.Y.: Basic Books, 1988. 284 p.
  33. Lock M., Nguyen V.-K. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. 506 p.
  34. Sargent C. *The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel, 1982. 192 p. DOI: 10.2307/2802367
  35. Strauss A. Chronic Illness. *Society*. 1973. No. 10. P. 33–39.
  36. Strauss A., Glaser B. *Chronic Illness and the Quality of Life*. 2nd ed. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co, 1984. 225 p.
  37. Young A. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*. 1982. No. 11. P. 257–285. DOI: 10.1146/annurev.an.11.100182.001353
  38. Young J.C., Garro L. *Medical Choice in a Mexican Village*. Illinois: Waveland Press, 1994. 233 p.