

УДК 339.138

А.С. Готлиб\*

## МЕДИЦИНСКИЙ ВЫБОР ХРОНИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ САМАРЫ: ОПЫТ ФОКУС-ГРУППОВОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Статья посвящена методологическому подходу и результатам социологического фокус-группового исследования медицинского выбора хронических пациентов Самары в трех ситуациях жизни с болезнью: ситуации «дебюта» болезни, постановки диагноза и назначения лечения и ситуации хроникализации болезни.

**Ключевые слова:** медицинский выбор, медицинское решение, пациент, ситуация болезни, метод фокус-группы, самолечение, народное целительство, «хороший врач».

### 1. Методологическое введение

Проблема медицинского выбора хронических пациентов ни в теоретических, ни в эмпирических координатах практически не осмыслена в России, за исключением тех исследований, где она ставится исключительно в контексте потребительского поведения. Вместе с тем, ее научную и прикладную значимость трудно переоценить. В самом деле, болезни, к сожалению, составляют, значимую часть повседневной жизни хронических больных, переплетаясь с их биографиями, зачастую перекраивая жизненные планы и поведенческие стратегии, порождая надежды и разочарования. Во всех этих ситуациях хронические больные вынуждены принимать те или иные решения, мотивированные целым комплексом личностных и социально-культурных факторов.

Дизайн социологического исследования, проведенного исследовательским коллективом Самарского национального исследовательского университета имени С.П. Королева в 2017–2018 гг. (рук. – д.ф.н., проф. В.Л. Лехциер)<sup>1</sup> представляет собой реализацию так называемой микс-стратегии [1, с. 309–311; 4, с. 5–15], выраженной в нашем случае в последовательном сочетании качественного (2017 г.) и количественного (2018 г.) этапов. При этом на первом (качественном) этапе использовались методы глубинного интервью с хроническими пациентами (всего было опрошено 30 пациентов Самары) и метод фокус-группового интервью с этой же категорией хронических больных. Метод фокус-группового интервью, хронологически осуществленный *после* глубинного интервью, выступал в исследовании как *дополнительный*, уточняющий и одновременно как база для триангуляции данных, полученных в процессе глубинных интервью: известно, что такого рода методологическая триангуляция в значительной степени повышает доверие к результатам качественного исследования [1, с. 122–130]. Участники фокусированного группового интервью в полном соответствии с требованиями качественного исследования подбирались методом целевого отбора, где в качестве критериев выступали следующие: наличие хронического заболевания, стаж заболевания не менее года, возраст 35–50 лет.

Выбор хронических больных в качестве объекта нашего исследования не случаен: неизбежная хроникализация современного общества как следствие достижений в медицинской науке и фармацевтике во второй половине XX века сделало именно хроническое заболевание типичным случаем патологии (в XIX и начале XX веков типичным медицинским случаем было острое заболевание) [2, с. 243]. Знаменитое определение канадского социолога Артура Франка, назвавшего современное общество «обществом ремиссии» [6, р. 8], очень точно схватывает эту фазу развития современного общества, когда «пациенты часто и не выздоравливают полностью, и не умирают от своих болезней», но скорее находятся *в* или *вне* состояния ремиссии... Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями В обществе ремиссии границы между болезнью и здоровьем практически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос» [5, р. 3].

Методологической базой исследования послужил известный исследовательский проект американских медицинских антропологов Джемса Янга и Линды Гарро, которые в начале 80-х изучали индивидуальный медицинский выбор жителей двух мексиканских деревень, а также факторы, повлиявшие на этот выбор [8, р. 1453–1465]. Вместе с тем сама логика (дизайн) нашего двухгодичного исследования, прежде всего необходимость качественного исследования на первом его этапе, была продиктована потребностью описать черты поведения *российских хронических пациентов* в различных ситуациях бо-

\* © Готлиб А.С., 2018

Готлиб Анна Семеновна (angotlib@samtel.ru), доктор социологических наук, профессор, зав. кафедрой методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева, 443086, Российская Федерация, г. Самара, Московское шоссе, 34.

<sup>1</sup> Исследование выполнено при поддержке РФФИ, грант № 17-06-00127А.

лезни, факторы, их обуславливающие, конечно, принципиально отличающиеся от объекта изучения американских антропологов<sup>2</sup>.

Принципиальным является и понимание термина «медицинское решение» применительно к пациенту. Это решение *медицинское* – 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. Под «решением» мы понимали *осознанное поведение хронического больного* в отношении своего лечения: оно является осознанным потому, что больной, как правило, представляет возможные альтернативы своего выбора в той или иной ситуации болезни. Медицинское решение является осознанным даже тогда, когда сам хронический больной обосновывает свой выбор мотивом «нет выбора», хотя, наверное, это неизбежное, увы, в научном исследовании упрощение изучаемой ситуации. Как сам выбор, так и влияющие на него факторы изучались 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» [7, с. 12].

Спектр медицинских решений, которые принимали опрошенные участники фокус-группы, а также факторы, детерминирующие выбор этих решений, изучались применительно к *трем ситуациям болезни*, выявленным по результатам глубинного интервью с хроническими пациентами: ситуации первой встречи с болезнью («дебют» в качестве больного определенной болезнью); ситуации после постановки диагноза и назначения лечения (ситуация постдиагноза); ситуации возвращения болезни, или ее хроникализация [3, с. 108–136].

## 2. Результаты фокус-группового социологического исследования

Анализ транскрипта фокус-группового интервью показал, что спектр решений, который принимают опрошенные участники в ситуации *«дебюта болезни»*, в большинстве своем повторяет результаты глубинного интервью с хроническими пациентами Самары. Это выбор биомедицины (официальной медицины), самолечения, гомеопатии. При этом для большинства опрошенных характерно *комбинированное (гибридное)* поведение: сначала самолечение, потом – обращение к врачу. Самолечение представлено, как показывает анализ, прежде всего медикализированным самолечением, т. е. использованием средств биомедицины в самолечении.

Откуда берется это знание? Анализ показывает, что участники фокус-группы обращаются в аптеку к фармацевту: «...у меня есть такой негативный опыт, врач так лечила горло, что я потом месяц лечилась от ее лечения. Обращаюсь в аптеку, к консультанту, лучше, чем участковый врач» (М., ж., 45 л.). Источниками информации о таких средствах выступают также родственники, друзья, соседи, в опыте которых были сходные симптомы и которым опрошенные пациенты доверяют. Можно констатировать также, и транскрипт интервью это убедительно показывает, появление особого типа пациентов, своеобразных «информированных пациентов», если перефразировать знаменитый термин известного австро-американского социолога Альфреда Шюца «информированный гражданин». «Информированные пациенты» выстраивают свое самолечение, ориентируясь на Интернет и социальные сети: «Никуда не хожу, Интернет дает столько информации. Он дает возможность анализировать... Я смотрю, что мне внушает доверие, интуиция, наверное, комменты людей, видно же» (С., м., 48 л.).

Присутствует в опыте опрошенных пациентов и немедикализированное самолечение, представленное прежде всего народным целительством: «...никаких таблеток, только народные средства» (С., м., 50 л.).

Выбор самолечения как первого этапа комбинированного поведения происходит по разным причинам: здесь и недоверие медицинскому знанию вкуче с недоверием к медицинским институциям: «...я совершенно не доверяю докторам и не хожу к ним» (С., м., 48 л.), «Я не пью таблетки никогда, я – сторонник врачей, медицины» (С., м., 50 л.), «...то, что приписывает врач, только хуже» (Н., ж., 41 г.). Это и оценка своего состояния как несерьезного, с которым можно самому справиться: «Я никуда сразу не бегу, смотрю, как все это развивается, болею» (С. ж., 50 л.), «...смотрю, что происходит со мной, какой будет результат» (С., м., 50 л.), «Я не мешаю болезни, я – сторонник натурального, перехожу на сыроедение, голод, организм сам справится» (Н., ж., 41 г.).

Спусковым механизмом, прекращающим период «выдерживания паузы», т. е. фактором обращения к профессиональной медицинской помощи, выступает осознание тяжести заболевания или нестерпимая боль: «...если я не могу справиться с этим, то я иду к врачу» (С., ж., 50 л.); «...иду, только если припрет» (С., м., 48 л.), «...у меня зуб болел-болел, ну сил нет, пошел, можно сказать, побежал к врачу» (А., м., 40 л.). При этом в рамках такого гибридного решения поход к врачу, как показывает наше исследование, может быть обусловлен не только реальной потребностью в помощи, но и стремлением получить официальное освобождение от работы: «Врач нужен только для больничного, чтобы отлежаться» (С., ж., 50 л.).

---

<sup>2</sup> Знание полученное на этом этапе, позволило нам в 2018 году, на втором этапе исследования, получить уже количественное описание изучаемой нами проблемы медицинского выбора хронических пациентов в Самаре.

В исследовании удалось выделить еще один вариант гибридного медицинского решения, отсутствующий в результатах обобщения глубинных интервью с пациентами: пациент сначала сдает анализы, самостоятельно определяя, какие именно надо сделать, и только потом вооруженный результатами этих анализов идет к врачу. Налицо, на мой взгляд, еще один вариант «информированного пациента» как веберовского идеального типа, правда, здесь, по данным анализа транскрипта интервью, первую скрипку играет не Интернет, а личный опыт часто болеющего человека, волей-неволей становящегося информированным.

Следует сказать, что меньшая часть участников фокус-группы делает и *моновыбор*, т. е. в случае появления тех или иных симптомов болезни занимается только самолечением, сразу же обращается к врачу официальной медицины или к врачу-гомеопату. Причины таких решений, по данным анализа, различные. Обращение к врачу обуславливается абсолютным доверием к медицинскому знанию: «...только к врачу. А к кому? Остальные – шарлатаны» (Ю., ж., 35 л.), собственным положительным опытом общения с медицинскими учреждениями, врачами: «Я очень обязана медицине, врачи меня всегда спасали» (Г., ж., 36 л.). Доверие выступает важнейшим фактором выбора и врача-гомеопата, хотя сам этот выбор присутствует в единичном варианте: «Я четко иду к своему доктору – гомеопату, который меня еще ни разу не обманул. Однозначно помогает» (Л., ж., 46 л.).

Обращение к врачу в России вообще и в Самаре в частности всегда сопровождается неизменной ситуацией выбора – пользоваться бесплатными медицинскими услугами государственной медицины или коммерческими медицинскими услугами, представленными в частных медицинских центрах, а также в некоторых государственных медицинских учреждениях. Исследование выявило две *одинаково радикальные*, но противоположные по содержанию позиции опрошенных, хотя сторонников этих сходных в своей непримиримости позиций, как показала фокус-группа, все-таки мало. Первая позиция состоит в абсолютном неприятии бесплатной медицины: «Мой опыт говорит, что в бесплатной медицине хороших врачей нет» (Н., ж., 35 л.). Правда, выбор платной медицинской помощи объясняется разными факторами: материальной ответственностью врачей («Дензнаки – это мощный стимул и ответственность. В бесплатной медицине люди, сидящие на маленьких зарплатах, ну... и лечить будут так» (С., м., 48 л.); удобной организацией лечебного процесса в платных медицинских организациях («Не могу ждать два месяца талона, за деньги – снимок и быстро к невропатологу за деньги» (Л., ж., 46 л.). Противоположная позиция, обусловленная недоверием к частным медицинским центрам и «воспевающая» качество медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях, базируется, как показал анализ, на позитивном личном опыте общения с государственной медициной: «Не хожу к частным врачам, потому что я им не доверяю... Я с удовольствием хожу и получаю бесплатные услуги. Рада видеть там молодых, очень профессиональных врачей, искренне хотят тебе помочь, не то что мои ровесники предпенсионного возраста, уставшие какие-то...» (Н., ж., 42 г.). Правда, как показывает транскрипт, это скорее «любовь по принуждению», вынужденная позиция «бюджетника», который не может себе позволить пользоваться платными услугами.

Преобладающей, по данным анализа транскрипта интервью, является *взвешенная позиция*, когда пациент идет «на хорошего врача», не важно, где он работает: в частной или коммерческой медицине. При этом «наводчиками» всегда выступают родственники и друзья, имеющие положительный опыт лечения у этого конкретного «хорошего врача», или друзья-врачи, «знающие цену» своим коллегам. Выбор платной или бесплатной медицинской помощи, как показало исследование, для многих опрошенных представляет собой своеобразную калькуляцию, взвешивание: «Если есть услуга, качество и скорость, то я пойду в государственную медицину. Если чего-нибудь нет – в платную. Мне важно, за сколько ходов я могу получить решение своей проблемы» (Е., ж., 37 г.).

Исследование выявило еще один вариант получения профессиональной медицинской помощи, назовем ее «*теневой*», не звучавшей в глубинных интервью с пациентами. Это обращение к знакомому «хорошему врачу», работающему в крупном государственном медицинском центре, который выстраивает сам цепь консультаций и диагностики: договаривается с соответствующими врачами. Для пациента это – неофициальная платная услуга: он платит всем участникам этой цепочки, включая и самого врача, в конечном итоге ставящего диагноз. В то же время это возможность быстрого решения его проблемы: «Я могу получить все и сразу в течение часа. И ты выходишь с готовым диагнозом» (Ю., ж., 35 л.).

В ситуации после постановки диагноза и назначения лечения все принимаемые участниками фокус-группы решения практически подтвердили выводы, полученные по итогам обработки глубинных интервью с пациентами: послушных приверженцев назначенного врачом лечения, дисциплинированных пациентов оказалось немного. Как правило, они – из числа доверяющих медицинской науке, имеющих положительный опыт общения с врачами: «Им (врачам) надо доверять. Вылечат обязательно. Если я нарушил диету, то обязательно следую замечаниям врача. Я бы сказал, врачи вообще – молодцы» (А., м., 40 л.). Абсолютное большинство опрошенных, доверяя врачу, все-таки корректируют назначенное лечение: «Если я попадаю к обычным врачам (не гомеопатам), обязательно корректирую. Читаю инструкцию, смотрю противопоказания, они могут что-то забыть. Если – к гомеопатам, никогда не корректирую. Доверяю полностью, там я просто слепо следую за тем, что говорит доктор – многолетняя практика» (Л., ж., 46 л.); «Доверяй, но проверяй. Доктор – человек, он может ошибаться...»

По ситуации, с критической точки зрения» (С., м., 48 л.). Наиболее распространенные способы проверки – это знакомство с инструкцией, приложенной к лекарству, узнавание побочных эффектов лекарства и вглядывание в себя: «Ну ты – не врач, понятно, но свой организм тоже слушаю» (С., м., 48 л.).

Присутствует в медицинских решениях опрошенных и перепроверка диагноза и назначенного лечения у другого врача: «Если я сомневаюсь, т. е. я не буду что-то пить, что-то не пить, я иду к другому доктору» (Е., ж., 37 л.). К другому доктору идут и в ситуации, когда лечение не помогло: «Я не слепо, иду к другому врачу, ну и смотрю» (С., ж., 50 л.).

В ситуации хроникализации болезни абсолютное большинство участников фокус-группы выбрали медицинское решение, громко прозвучавшее в глубинных интервью с пациентами. – медиализированное самолечение: опрошенные пациенты не обращаются за профессиональной медицинской помощью к врачу, но лечат себя сами, следуя алгоритму лечения, когда-то предложенному врачом. При этом они прислушиваются к себе («Я доверяю внутреннему себе» (С., м., 50 л.), корректируют, пробуют, подстраиваясь под себя, под нужды своего организма. Вместе с тем исследование показало, что в опыте немногих участников фокус-группы присутствует не только следование привычным схемам лечения, но и поиск новых методов лечения своей проблемы, медицинских институций и конкретных врачей, которые этим занимаются, благо Интернет дает, по мнению участников, такую возможность: «Продолжаю искать новые варианты, т. е. по схеме не получается» (Н., ж., 42 г.).

В целом, подводя итоги, можно сказать, что успешная триангуляция данных глубинных интервью с хроническими пациентами Самары и результатов, полученных с помощью метода фокусированного группового интервью с этой же категорией пациентов состоялась: практически все результаты глубинных интервью (спектр медицинских решений, факторы) совпадают с результатами фокус-группового исследования. Вместе с тем в проведенном нами исследовании появились и новые медицинские решения, и новая мотивация их обоснования: открытость и принципиальная незавершенность любого качественного исследования позволяют схватывать реальность медицинского выбора хронических пациентов во все большем ее разнообразии и полноте.

### Библиографический список

1. Готлиб А.С. Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты. Самара: Универс-групп, 2004. 447 с.
2. Дёрнер К. Хороший врач: учебник основной позиции врача. М.: Алетейя, 2006. 351с.
3. Лехциер В., Готлиб А. 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. 2017.
4. Семенова В. Стратегии комбинирования качественного и количественного подходов при изучении поколений // *INTER*. 2014. № 8.
5. Diedrich L. Treatments, Language, Politics and Culture of illness. Minesota: University of Minesota Press, 2007. 128 p.
6. Frank A. Wounded Storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1977.
7. Sargent C. The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel, 1982.
8. Young J.C and Garro L. Variation in the choice of treatment in two Mexican communities // *Sot. Sci. Med.* 1982. Vol. 16.

### References

1. Gotlib A.S. *Kachestvennoe sotsiologicheskoe issledovanie: poznavatel'nye i ekzistentsial'nye gorizonty* [Qualitative case study: cognitive and existential horizons]. Samara: Univers-grupp, 2004, 447 p. [in Russian].
2. Derner K. *Khoroshii vrach: uchebnik osnovnoi pozitsii vracha* [Good doctor: a textbook of the main position of the doctor]. M.: Aleteiya, 2006, 351 p. [in Russian].
3. Lekhtsier V., Gotlib A. *Meditinskii vybor khronicheskikh bol'nykh v krupnom rossiiskom gorode: opyt kachestvennogo analiza* [Medical selection of chronic patients in a large Russian city: experience of qualitative analysis]. In: *Mixtura verborum* 2017: *chelovek i vremya: filosofskii ezhegodnik. Pod obshch. red. S.A. Lishaeva* [Mixtura verborum 2017: Man and Time: Philosophical Yearbook. S.A. Lishaeva (Ed.)], 2017 [in Russian].
4. Semenova V. *Strategii kombinirovaniya kachestvennogo i kolichestvennogo podkhodov pri izuchenii pokolenii* [Strategies for combining qualitative and quantitative approaches in the study of generations]. *INTER*, 2014, no. 8 [in Russian].
5. Diedrich L. Treatments, Language, Politics and Culture of illness. Minesota: University of Minesota Press, 2007, 351 p. [in English].
6. Frank A. Wounded Storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1977 [in English].
7. Sargent C. The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel, 1982 [in English].
8. Young J.C and Garro L. Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Sot. Sci. Med.*, 1982, Vol. 16 [in English].

*A.S. Gotlib\**

**MEDICAL CHOICE OF CHRONIC PATIENTS FROM SAMARA:  
EXPERIENCE OF SOCIOLOGICAL FOCUS GROUP RESEARCH**

The article is devoted to the methodological approach and the results of the sociological focus group research of the medical choice of chronic patients of Samara in three situations of life with the disease: the situation of «debut» of the disease, diagnosis and prescription of treatment and the situation of chronic disease.

**Key words:** medical choice, medical solution, patient, disease situation, focus group method, self-medication, alternative medicine, «good doctor».

Статья поступила в редакцию 10/IV/2018.  
The article received 10/IV/2018.

---

\* *Gotlib Anna Semenovna* (angotlib@samtel.ru), Doctor of Sociological Sciences, professor, head of the Department of Methodology of Social and Marketing Researches, Samara National Research University, 34, Moskovskoye shosse, Samara, 443086, Russian Federation.