

## СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНЫ

УДК 316.4

### Традиционные и новые формы экспертизы пациентов: вместо или вместе с врачами?\*

*А. А. Иванова*

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

**Для цитирования:** *Иванова А. А.* Традиционные и новые формы экспертизы пациентов: вместо или вместе с врачами? // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2023. Т. 16. Вып. 4. С. 458–474. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2023.407>

В статье на основании интервью с практикующими врачами Санкт-Петербурга выделяются два противоположных подхода врачей к попыткам формирования экспертизы пациентами. Данные подходы концептуализируются как стили мышления, а соответствующие сообщества практикующих врачей — как мыслительные коллективы (Л. Флек). Данные стили мышления различаются по четырем основаниям: установка на взаимодействие с пациентами, способы видения альтернативной экспертизы, стратегии разрешения конфликтов с пациентами и способы мышления о профессиональном знании и их месте за пределами медицинского сообщества. Первый мыслительный коллектив — коллектив монополизации — привержен патерналистской модели оказания медицинской помощи, при этом соответствующий стиль мышления не позволяет увидеть экспертизу пациентов, попытки пациентов приобщиться к логике профессиональной медицинской экспертизы встречают сопротивление со стороны врачей и при возникновении рассогласования мнений или конфликтов с пациентами врачи используют закрытую стратегию их разрешения. Врачи, придерживающиеся монополизационного стиля мышления, скептически относятся к переводу медицинского знания за пределы практикующих врачей. Напротив, врачи, придерживающиеся стиля мышления сопроизводства экспертизы с пациентами, следуют логике партнерства при взаимодействии с пациентами. Такая установка позволяет врачам увидеть ценность в пациентской экспертизе и включении ее в диалог и ведение заболевания. При возникновении конфликтов и расхождения во мнениях врачи следуют открытой и промежуточной стратегиям, что подразумевает дополнительные усилия по выстраиванию коммуникации с пациентами. При этом среди этого мыслительного коллектива суще-

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) и Министерства по науке и технологиям Тайваня в рамках научного проекта № 21-511-52002.

ствуется явный запрос на создание качественных научно-популярных и образовательных материалов для пациентов с целью более продуктивного включения в сопроизводство экспертизы. Соответственно, профессиональное знание может и должно быть распространено среди более широких кругов публики.

*Ключевые слова:* социология медицины, социология экспертизы, низовая экспертиза, взаимодействие «врач — пациент», стиль мышления, онлайн-ресурсы.

## **Введение**

Один из типов технологических новшеств, влияющих на медицину, — возникновение и широкая доступность разнообразных онлайн-источников по медицинской тематике, которая меняет практики заботы пациентов о своем здоровье и характер их взаимодействия с врачами. При этом проведенные в российском контексте исследования показывают, что в современной системе здравоохранения врачи находятся в уязвимом положении. С одной стороны, врачи становятся промежуточным звеном между государственной политикой и населением [1]. С другой стороны, усложняется сама система здравоохранения, в которой происходит гетерогенизация участвующих акторов (например, к ним прибавляются фармацевтические и страховые компании), которые также оспаривают авторитет врачебной экспертизы [2]. Наконец, и сами пациенты, становясь активными потребителями медицинских услуг и доступной медицинской информации, все чаще подвергают врачебные решения сомнению [3].

Предлагаемая статья фокусируется на последнем процессе с точки зрения восприятия медицинским сообществом попыток пациентов приобщиться к профессиональной логике врачей через знакомство с открытыми источниками медицинской информации. Для того чтобы осветить этот аспект, нами было организовано и проведено эмпирическое исследование с практикующими врачами Санкт-Петербурга.

## **Взаимодействие врачей и пациентов: теоретический обзор**

В настоящее время как в глобальном, так и в российском контексте набирает популярность пациентоориентированная модель оказания медицинской помощи, предполагающая эгалитарные отношения между пациентами и поставщиками медицинских услуг. Несмотря на определенные организационные шаги в сторону пациентоцентрированности в России, основные элементы асимметрии в отношениях между пациентом и врачом остаются такими же, как и в патерналистской модели. Власть и знания по-прежнему приписываются исключительно профессионалам, а пациенты по-прежнему позиционируются как объекты медицинских манипуляций, зачастую медицинская помощь оказывается с позиций «врачу виднее» [3]. Во многих исследованиях пациент оказывается фигурой бессильной и страдающей. При этом сами врачи находят себя на множестве противоречивых пересечений клинических, бюрократических, административных, социальных и психологических требований. Они характеризуют свое положение отсутствием самостоятельности и высокой степенью подчиненности [3]. Фактически эти сентименты указывают на прямое противоречие классическим постулатам профессии — автономии и монополии на свою деятельность [4].

В то время как медицина как специфический институционализированный комплекс знаний и практик в отношении здоровья и болезни набирает все больший авторитет, несмотря на существование множества конкурирующих моделей знания (например, народного целительства), экспертиза практикующих врачей в достаточно большой степени подвержена проблематизации. В технократической модели «медицина монополизирует авторитетное знание — знание, которое воспринимается как “истинное”, легитимное, последовательное, достойное дискуссии, полезное для оправдания действий людей, вовлеченных в выполнение определенной задачи» [2]. Тем не менее не во всех случаях врачи рассматриваются как автоматические трансляторы этого знания.

Пересматривается и взаимосвязь науки и медицины. В этой статье обсуждается профессиональная медицинская экспертиза, однако насколько она соотносится с наукой как таковой и медицинской наукой в частности — открытый вопрос. Принято считать, что во взаимодействии с пациентом медицинский работник является практикующим врачом, связующим звеном между наукой и практикой. При этом сама практика зачастую формулируется в терминах совмещения «науки» и «искусства», а обсуждению подлежит лишь степень вариаций этих двух модусов, см., напр.: [5–8]. Эти дискуссии становятся особенно актуальными в период развития нового золотого стандарта медицинской практики — доказательной медицины (evidence-based medicine). При этом Россия, наряду со странами Африки, Индией, Южной Кореей и Сингапуром, относится к типу стран, отличительной особенностью которых является отсутствие центрального регулирующего органа при наличии множества акторов, разрабатывающих клинические рекомендации [2, с. 9]. Как показывают наши данные, сами врачи зачастую предпочитают и могут использовать в своей практике зарубежные клинические рекомендации. К ним же могут апеллировать и сами пациенты.

Таким образом, как пациенты, так и поставщики медицинских услуг находятся в ситуации, в которой место доказательной медицины и пациентоориентированного подхода остается неоднозначным. С одной стороны, доказательная медицина (ДМ) призвана стандартизировать (а значит, в большинстве случаев направить) клиническую практику и поддержать врачебные решения. В то же время и сами пациенты начинают признавать доказательную медицину золотым стандартом практики, зачастую оценивая тактику лечащего врача с позиций ее соответствия принципам ДМ. С другой стороны, стандартизация противоречит индивидуальному подходу к пациенту, который лежит в основе концепции пациентоориентированности. Как указывают Екатерина Бороздина и коллеги, внедрение этих разнонаправленных процессов в медицинскую практику неоднозначно влияет на трансформацию властных отношений в современном здравоохранении [1]. В итоге авторитет и монополия практикующих врачей оказываются потенциально проблематизированы.

В представленной статье предлагается посмотреть на эту проблему с точки зрения восприятия врачами попыток пациентов приобщиться к профессиональной медицинской рациональности, с помощью которой они стремятся общаться с врачами на равных. Использование доступной медицинской информации, а также распространение популяризации медицинского знания, включая способы диагностики и ведения заболевания, могут как плодотворно сказаться на выстраивании коммуникации врача с пациентом, так и стать препятствием для врача. Медицин-

ское сообщество также высказывает опасения в отношении «наугугленных пациентов» с позиций угрозы монополии и автономии профессиональных решений.

На наш взгляд, одним из ключевых звеньев в процессе выстраивания отношений между врачом и пациентом в таких условиях является представление врачей о возможности включения в процесс ведения заболевания экспертизы пациентов. Основная предпосылка исследования заключается в том, что возможность включения пациента в эгалитарный диалог ограничена рамками представлений врачей о месте и роли пациента в ведении заболевания. Для концептуализации различий в этих представлениях мы прибегаем к понятию «стиль мышления», предложенное Л. Флеком (L. Fleck). В самом общем виде стиль мышления можно представить как специфическое представление о том, что можно видеть, как об этом можно мыслить и как в соответствии с этим должно практиковать [5, с. 12]. Стиль мышления включает в себя формулирование утверждений, которые возможны и понятны только в рамках этого способа мышления. Соответственно, в одном стиле мышления экспертиза пациентов может являться возможным элементом в системе ведения заболевания, в то время как в другом включение пациента в принятие решений, напротив, является нежелательным элементом. При этом способ видения пациента как участника процесса (или как объект лечения) напрямую формирует способ ведения заболевания [9].

Флек утверждает, что взгляд на мир, присущий медицинскому исследователю, формируется благодаря профессиональной социализации. В рамках такой социализации представители определенного стиля мышления учатся обращать внимание на определенные элементы реальности, что влечет слепоту к другим элементам [10]. Соответственно, видимые элементы реальности связываются в определенную картину связей, релевантную для корпуса знаний и практик своей группы. Например, вследствие различных путей социализации в областях медицины врачи различных специальностей буквально по-разному видят своих пациентов.

Сегодня ввиду разнонаправленных процессов демократизации экспертного знания, происходящих в том числе благодаря развитию онлайн-технологий, профессиональное видение болезни, здоровья, способов диагностики и лечения, усваиваются и пациентами. Использование информации о здоровье из онлайн-источников растет со стремительной скоростью, и этот тренд является частью более глобальной тенденции индивидов и социальных групп брать на себя больше ответственности за все сферы собственной жизни [11; 12]. Пациенты обращаются к онлайн-ресурсам по медицинским вопросам по многим причинам, включая стремление к лучшему пониманию медицинских проблем, фрустрацию от взаимодействия с врачом, поиск второго мнения, желание прочесть информацию о том, что обсуждалось с врачом, и т. д. [13–15].

Для обозначения пациентов, использующих интернет для получения информации о здоровье и болезни, используется термин «электронные пациенты» (e-patients) [16–18]. В качестве преимуществ таких практик среди прочих отмечается более осмысленное обсуждение и принятие решений со своими лечащими врачами [19; 20]. С другой стороны, в литературе отмечаются и трудности, с которыми сталкиваются врачи при взаимодействии с «начитавшимися интернета» пациентами [21–23]. В некоторых случаях врачам приходится просить своих пациентов ограничить интернет-поиск в отношении состояния здоровья

или прекратить его вовсе [24]. Среди других трудностей, имеющих место в ситуации взаимодействия лицом к лицу врача и пациента, заключается противоречие в ожидании от врача быстрой реакции и при этом требующих все большего времени пациентов. Пациенты задают все больше вопросов, при этом обладая большим количеством неверной с профессиональной точки зрения информации [13; 17; 25]. Эти тенденции порождают также исследования и дискуссии в отношении преподавания медикам специальных навыков общения с такими пациентами [24; 26].

Важную роль в анализе этих процессов занимает понятие «низовая экспертиза» (lay expertise) [27]. Знание, формирующееся у людей за пределами профессионального сообщества, все чаще категоризируется как низовое, укорененное в опыте борьбы с заболеванием в повседневности [28]. В противоположность так называемому экспертному знанию, состоящему из научного и клинического знания, низовое знание описывается как знание, основанное на опыте (experimental knowledge), и как иное знание (knowledge otherwise) [29]. Таким образом, в социологической дискуссии категория низовой экспертизы по большей части используется для обозначения альтернативной (по отношению к доминирующему в этом поле медицинскому взгляду) системы знания, формирующейся из непосредственного опыта заболевания и его лечения.

В представленной статье предлагается несколько неконвенциональное определение низовой экспертизы. Не отрицая значимости опыта в формировании знания у неэкспертных групп, автор предлагает сконцентрироваться на специфическом феномене возможности конструирования определенного знания посредством попыток приобщения к экспертной рациональности. Другими словами, мы обращаем внимание не столько на влияние опыта проживания заболевания на формирование представления о должном подходе лечения, сколько на стремление пациентов говорить с врачами на равных, заимствуя в пределах своих возможностей экспертную медицинскую прагматику, словарь, а также погружаясь в тонкости современных стандартов диагностики, лечения и прочих сопутствующих медицинской профессии необходимых процессов ведения заболевания. В этом смысле низовая экспертиза — это потребление, использование, воспроизводство и оценка экспертных действий за пределами экспертного сообщества и во взаимодействии с ним. При такой формулировке понятие становится близким к понятию гражданских эпистемологий (civic epistemologies), предложенных Ш. Джазанофф (Sh. Jasanoff)<sup>1</sup>. Однако в нашей версии категория низовой экспертизы не подразумевает политического вовлечения граждан в процесс принятия решений.

Разумеется, насколько разнородно экспертное знание, настолько разнородны и попытки к нему приобщиться, и соответствующие оценки действий профессионалов. Однако в этой статье мы вынуждены вынести за скобки способы конструирования экспертизы и противоречия, вызванные различными рациональностями в ее обосновании и сфокусироваться на анализе общих тенденций в сообществе практикующих врачей в оценке способности пациентов вступать в равный диалог и сотрудничество с врачом.

---

<sup>1</sup> <https://sheilajasanoff.org/research/civic-epistemologies/> (дата обращения: 07.11.2022).

## Методология исследования

Исследовательская проблема и поставленные вопросы диктуют выбор качественной стратегии исследования. В первую очередь следует отметить, что не существует однозначной общепринятой теории, с помощью которой можно было бы ответить на вопрос дедуктивно. Кроме того, теоретические предпосылки и допущения, на которых построено исследование, относятся в широком смысле к социальному конструктивизму. Болезнь и должные способы управления здоровьем (как и здоровье в целом) не являются объективно данными фактами, они определяются контекстуально в зависимости от множества различных условий.

Для сбора информации были организованы глубинные интервью с врачами различных специальностей в Санкт-Петербурге. В выборке представлены врачи различного типа практики — как амбулаторного, так и стационарного звена. Также информанты работали как в частных, так и государственных учреждениях, некоторые совмещали работу в обоих типах учреждений. Всего было проведено 13 интервью (табл. 1); сбор данных прошел в два этапа: ноябрь 2019 и февраль — май 2022 г. Информанты отбирались по основаниям максимальной вариации, поскольку в рамках этого исследования мы стремились на общем уровне зафиксировать установки врачей, не фокусируясь на специальности, стаже, опыте, возрасте или других критериях. Участие в исследовании было полностью анонимным — в исследовании учитываются только специальность, тип практики, а также стаж работы. В рамках сохранения анонимности названия медицинских учреждений также не раскрываются. Потенциальные конфликты интересов отсутствуют.

Анализ данных был осуществлен с помощью программы NVivo. В качестве метода анализа данных была использована обоснованная теория.

Таблица 1. Выборка врачей

Специальность	Количество
Терапевт	2
Гастроэнтеролог	1
Невролог	2
Рентгенолог	2
Уролог	1
Фтизиатр	1
Хирург	1
Дерматолог	1
Психиатр-нарколог	1
Кардиолог	1
<i>Итого</i>	13



## Результаты исследования

Что за эксперты-пациенты предстают перед врачами? На вопрос «Используют ли пациенты онлайн- или другие ресурсы во время приема?» все врачи отвечают, что пациенты обычно уже приходят «подготовленные», то есть провели заранее процесс подготовки к приему с использованием сторонних источников медицинской информации. При этом врачи отмечают, что чаще всего это «нагугленные» пациенты. По опыту врачей, пациенты часто занимаются самодиагностикой, но самолечением — реже. Можно предположить, что, несмотря на попытки приобщения пациентов к логике профессиональной медицинской рациональности, наиболее ответственный процесс — лечение — чаще всего пациенты предпочитают выбирать не вместо врачей, а вместе с ними. Все же, как отмечают врачи, те, кто занимается самолечением, все равно прибегают к помощи специалистов в тот момент, когда состояние ухудшается.

По результатам проведенного исследования врачи могут быть разделены на два сообщества на основании отношения к попыткам пациентов приобщиться к медицинской экспертизе. Одни настаивают на врачебной монополии, другие допускают возможность производства экспертизы вместе с пациентами. Для того чтобы рассмотреть, как проявляются два этих разных подхода в профессиональной практике врачей, мы прибегаем к концепциям стиля мышления и мыслительного коллектива Людвига Флека [10]. Мы выделяем два таких стиля и соответствующих им коллектива — монополизации и сопроизводства экспертизы. Обращение к понятию «стиль мышления» поможет выявить особенности того, что практикующие врачи видят в пациентах, а что ускользает из их видения по той причине, что не попадает в рамки стиля мышления. Мы также сможем обнаружить разновидности способов преодоления расхождений мнений и конфликтов с пациентами, а также разное видение задач и областей ответственности профессии врача и ее места в более широком спектре социальных отношений. Концептуализация этих различий как стилей мышления также помогает нам увидеть и тот факт, что конфликты могут происходить и во врачебном сообществе в силу столкновения конкурирующих стилей мышления.

Отличительный момент стиля мышления монополизации профессиональной экспертизы состоит в невозможности увидеть экспертизу пациентов или их успешные попытки приобщиться к логике профессиональной медицинской экспертизы. Врачи в рамках такого мыслительного коллектива не отмечают успехов пациентов в том, насколько они разобрались в медицинской информации самостоятельно. Разница мыслительных коллективов заметна и разительна: практикующие врачи из другого лагеря, напротив, склонны отмечать успехи в самообразовании и самопомощи, положительно относятся к таким пациентам, которые самостоятельно освоили или пытались освоить пул профессиональной и научной медицинской информации. В то время как врачи, выступающие за монополизацию, критикуют пациентов и их использование интернета, отмечая даже «уменьшение степени разумности» общей массы пациентов, врачи, следующие логике сопроизводства, отмечают тенденцию к развитию у пациентов критического мышления и способности приобщиться к профессиональному знанию. Врачи первого типа отмечают любые попытки пациентов продуктивного использования пациентами профессио-

нальной медицинской информации в интернете. Врачи второго типа, наоборот, не забывая о том, что эти попытки не всегда успешны, отмечают развитие у пациентов способности находить релевантные источники профессиональной информации и ее успешного применения к своим клиническим случаям.

Врачи из мыслительного коллектива монополизации зачастую делают акцент на том, что только врачи умеют пользоваться поисковиком Google правильно. Приведем отрывок интервью, хорошо иллюстрирующий этот момент: «Да, мы можем набрать “болит шея”, а можем набрать там “дорсалгия”, “цервикалгия”, т. е., когда я набираю медицинскую терминологию, я получаю отсылку на медицинские ресурсы, где медицинские библиотеки, или какую-то специализированную литературу, которую я, как врач, понимаю, могу прочитать. А пациент набирает, естественно, так, как говорит обыватель, там: болит голова. И он сразу попадает куда? На рекламные ресурсы, которые заставляют его куда-то пойти, что-то купить, потому что это же СМИ» (невролог).

Здесь умение находить профессиональную медицинскую информацию является строго эксклюзивным профессиональным навыком. Среди врачей из мыслительного коллектива сопроизводства не существует представления о том, что такое умение монополизировано профессиональным медицинским сообществом. Более того, навык найти релевантную информацию и применить ее по современным стандартам медицины может привести к большей осведомленности пациента по сравнению с лечащим врачом. Приведем в качестве примера отрывок из интервью: «Я иногда говорю своим коллегам, что пройдет еще пара-тройка десятков лет, и вот этих людей, которые в нужном месте что-то нужное читали, их будет все больше, и однажды вы им там назначите какой-нибудь глицин, а они вам скажут, куда вам идти. И будут правы. И вам придется им объяснять, что вы там делаете. Суггестивную терапию? Химзащиту? Подшивки от алкоголизма? Придется сказать, что это такое. Люди будут умнее. <...> Естественно, это снизит доверие к вам, снизит комплаенс, с этим нужно быть очень осторожным. <...> Надо признать, сейчас мало тех людей, которые в нужном месте нужные вещи читают и вообще представляют себе, что такое в принципе доказательная медицина. Но это пока. Их будет все больше. И мне кажется, в какой-то момент их станет такое количество, что люди начнут уже как-то подвывать, потому что у нас даже не все молодые врачи понимают, что такое доказательная медицина. И меня это до глубины души поражает. У нас как будто направление идет параллельно и в ту, и в другую сторону. С одной стороны, появляется больше людей, которые как-то интересуются, а с другой стороны, появляется все больше людей, которые верят в стояние на гвоздях» (психиатр-нарколог).

В этом отрывке также важен акцент врача на том, что пациентов, осведомленных в вопросах профессиональной медицины и современных стандартов, становится все больше. Неготовность медицинского профессионального сообщества к взаимодействию в новых условиях будет проявляться больше среди тех, кто выступает за монополизацию экспертизы. Отсюда логично следует следующее различие между мыслительными коллективами — стратегии разрешения расхождений мнений и конфликтов с пациентами. Мы выделили три стратегии: закрытая, открытая и промежуточная. Первая присуща коллективу монополизации, последние две — коллективу сопроизводства. Закрытая стратегия подразумевает представление о том, что пациент неспособен адекватно принимать решения, у него не может



быть собственного мнения, а задача врача — не переубеждать пациентов. Приведем в пример типичную риторику врачей, следующих такой стратегии: «Ну, дело все в том, что у пациента не может быть мнения в кабинете у врача. Вот это должен понимать пациент. Врач-то это понимает. А пациент этого не понимает. В медицине не работает принцип “Клиент всегда прав”, потому что в медицине не клиент, а пациент, и его никто не обслуживает, его обследуют, лечат. Раз его обследуют, лечат, значит он должен отвечать только на те вопросы, которые ему задает доктор, как бы это неприятно ни звучало для пациента» (кардиолог).

С другой стороны, открытая стратегия разрешения конфликтов предполагает поддержку пациентов в попытках разобраться в вопросах управления заболеванием и положительное отношение к этому процессу. Разумеется, никто не любит конфликты и всем сложно в моменты, когда их суждения ставятся под сомнение. Приведем пример, как работает такая стратегия: «Знаете, в эти моменты тебе сложнее работать с этим человеком, потому что тут еще нужно и переубедить его или убедить в том, что это не оно, а потом убедить в том, что это что-то другое. А он же читал, он умный, и он это знает. <...> Но все равно, даже несмотря на то что это получается минус просвещения, я считаю, что лучше пускай это будет так, пускай лучше придется немножечко больше поработать врачу, но он по крайней мере туда пришел, а не забил на это все и потом через 30 лет сказал: “А мне не говорили”» (невролог).

Врачи, следующие открытой стратегии, готовы потратить время и дополнительные силы на диалог с пациентом, признавая возможность и необходимость просвещения пациентов в вопросах управления заболеванием. Промежуточная стратегия предполагает признание права за пациентом на собственное мнение без дополнительных усилий по переубеждению пациента. Такие ситуации могут проявляться в уступках пациенту, например: «Ну если что-то человек требует, обычно мы даем. Ну или пытаемся как-то смягчить эту ситуацию. А по поводу препаратов, иногда я просто сдаюсь. Потому что у меня чисто физически нет времени это вот доказать сейчас. Иногда кто-то слушается, но я не знаю, что происходит за дверью кабинета» (терапевт).

Они также проявляются в отказе от переубеждения пациента: «Я бы так не стала поступать. Я считаю, что врач не должен нести ответственность за здоровье пациента. Пациент должен нести ответственность за свое здоровье. Сам, в первую очередь. Я считаю, что прогностически у тех пациентов, за которых врачи начинают нести ответственность, ничего хорошего не получается» (дерматолог).

Разница отказа от переубеждения в рамках промежуточной и в рамках закрытой стратегии заключается в том, что в последней право пациента на свое мнение не признается. Переубеждение пациента в рамках промежуточной стратегии также кажется иногда невозможным в силу ограничения времени приема. Коммуникация с пациентом всегда требует временных затрат, которые невозможны в рамках приема в амбулаторном поликлиническом отделении, когда даже на сам традиционный прием положены считанные минуты. Поэтому в государственных поликлиниках экспертиза пациента чаще всего оказывается не к месту. В коммерческих структурах и стационарных отделениях у врача гораздо больше времени на взаимодействие с пациентом. Врачи отмечают, что это существенно улучшает их возможности саморазвития в рамках профессии и взаимодействие с пациентом. «В ДМСе, конеч-

но, на прием дают полчаса, а не 11 минут, как в поликлинике терапевту. Конечно, в ДМСе на лечебной специальности работать комфортнее с точки зрения медицины, по крайней мере у тебя есть время и возможности все проверить и понять, что и как. В государстве я вообще не представляю, как неврологи работают. <...> Из тех 11 минут, которые выделены на пациента: 10,5 минут это писанина и организационная работа и полминуты на пациента. <...> Ну а наверху они не лечат, поэтому они этого в принципе не могут понять, чем отличается качественная помощь от количественной, потому что совместить невозможно» (невролог).

Отсюда мы переходим к рассмотрению способов мышления о профессиональном знании и возможности его перевода в более широкие круги публики как о еще одном ключевом различии в стилях мышления практикующих врачей. Среди тех врачей, которые поддерживают монополизацию профессионального знания, бытует мнение, что их знание не подлежит адекватному распространению за пределами медицинского сообщества. При циркуляции медицинского знания за пределами профессионального сообщества качество информации неизбежно теряется и становится непригодным для адекватного использования. При этом среди таких врачей распространена риторическая демаркация медицинского знания с позиций сравнения медицины:

- с другими профессиями (сантехник, инженер и т. п.);
- точными науками (чаще всего физикой).

Врачи негодуют, что если при любых других проблемах люди напрямую обращаются к специалисту и не пытаются стать экспертом в этой области, то с медициной все происходит иначе: «Если у человека дома потек кран, он не лезет в интернет, он бежит к сантехнику. Почему? Потому что он на 100 % знает, что сантехник ему поможет, да. А если у человека протекла крыша, условно говоря, он не бежит к врачу. Потому что он в абсолютном случае уверен, что врач ему скорее всего ничем не поможет. Он полезет сначала в интернет, потом он посмотрит передачу “Жить здорово!” с Леной Малышевой и в конце концов он придет в аптеку. И в аптеке скажет: “У меня болит голова, что мне делать?” И умная аптекарша ему что скажет — давление померяйте. Ну померили давление, у него там 180, ну скажет: “Сходите к кардиологу, у вас артериальная гипертония”. И вот с этого начнется его лечение. Хотя начать надо было гораздо проще. Надо было сразу пойти к врачу» (терапевт).

Врачи, придерживающиеся логики, которую мы обозначаем как сопроизводство, более благосклонно относятся к попыткам людей приобщиться к профессиональной медицинской рациональности: «Это же естественное желание человека — знать. Люди всегда хотели это знать. До интернета люди ходили к соседке, спрашивали. Когда с тобой происходит что-то неприятное, ты хочешь с этим разобраться» (невролог).

В связи с этим вне зависимости от принадлежности к мыслительному коллективу врачи отмечают проблему перевода медицинского знания в широкие круги публики и конкретным пациентам. Однако в то время, когда коллектив монополизации рассматривает эту проблему с точки зрения принципиальной невозможности и соответствующего отсутствия необходимости адекватной циркуляции профессиональных утверждений за пределами профессионального медицинского сообщества, коллектив сопроизводства, напротив, озвучивает ярко выраженный запрос на создание качественных каналов циркуляции медицинской информации.

Последние отмечают также и отсутствие навыков коммуникации с пациентами у самих врачей, неумение донести качественно и доступно медицинскую информацию до пациента во время приема: «Большинство врачей объяснить русским человеческим языком, что они назначили и что у пациента, не могут. А разговаривать на обезьяньем языке медицины много ума не надо. У нас есть пациенты, которые этот язык знают лучше, чем врачи, почитают своих интернетов и приходят со своими терминологиями. А на самом деле это же просто болтология. Мы же объясняем детям физику в школе, ядерную, они там в шестом классе изучают таблицу Менделеева. То есть можно объяснить просто. Но врачи этого или не могут, или не хотят, или не знают как. Потому что это тоже, да, отдельная наука — пациенту объяснить» (психиатр-нарколог).

В этом отрывке также примечательно и то, что наука становится противоположным другому мыслительному коллективу риторическим ресурсом. Если в коллективе монополизации точные науки представляются чем-то непостижимым обычному человеку и, соответственно, медицина должна восприниматься так же, в коллективе сопроизводства на примере науки и ее адаптации за пределами научного сообщества иллюстрируется возможность и необходимость качественного и доступного донесения профессионального медицинского знания до широкой публики. Низкое качество и малое количество действительно качественных просветительских ресурсов и конкретных людей, которые этим бы занимались в сфере медицины, — один из основных поводов для досады врачей в мыслительном коллективе сопроизводства. «Качественного контента очень мало. Людей, которые сейчас занимаются какой-то просветительской медицинской деятельностью, очень сложно слушать. У нас вообще просвещение для определенных людей, нацелено на определенную аудиторию. Человека консервативного склада, как правило, эти лекторы не прельщают, потому что начинается “подростки-подросткини”, вот это вот все. А у нас люди, которые просвещенные, образованные <...> считают, что либо ты иди в ногу со временем, либо скатись в канаву и лежи там. У нас очень низкое просветительское начало» (психиатр-нарколог).

В итоге в коллективе сопроизводства бытует мнение, что надо «не в штывки воспринимать, а волну эту оседлать». Человеческий интерес необходимо направлять и правильно с ним работать. В логике социологии экспертизы именно такой подход ведет к возрастанию авторитета профессиональной медицинской экспертизы, понимаемой шире, чем просто медицинское профессиональное сообщество, увеличению доверия пациентов к профессиональной экспертизе и более продуктивному взаимодействию врачей и пациентов.

Другим вопросом, который остается открытым, является взаимодействие внутри профессионального сообщества. Столкновение стилей мышления может приводить к конфликтам между представителями мыслительных коллективов — самими врачами. Часто врачи из коллектива сопроизводства описывают представителей из противоположного мыслительного коллектива как «врачей старой закалки», «закоснелых врачей». В ситуациях, когда врач из мыслительного коллектива сопроизводства находится в подчинении у врача из коллектива монополизации, первым приходится идти на хитрости вместе с пациентами, чтобы сделать возможным совместно выработанный ход лечения. Приведем в пример одну из таких ситуаций: «...я работала на отделении, где как раз заведующая была вот как раз старой

Таблица 2. Стили мышления практикующих врачей

Параметры	Монополизация	Сопроизводство экспертизы
Установка на взаимодействие с пациентами	Патернализм	Партнерство
Способы видения альтернативной экспертизы	Невозможность увидеть экспертизу пациентов или их (успешные) попытки приобщиться к логике профессиональной медицинской экспертизы	Возможность увидеть ценность в пациентской экспертизе и включения ее в диалог и ведение заболевания
Стратегии разрешения конфликтов с пациентами	Закрытая стратегия разрешения расхождений мнений и конфликтов с пациентами («у пациента не может быть мнения»)	Открытая и промежуточная стратегии разрешения расхождений мнений и конфликтов
Способы мышления о профессиональном знании	Невозможность перевода профессиональной медицинской экспертизы за пределы сообщества практикующих врачей	Возможность и необходимость перевода профессиональной экспертизы в широкие круги публики: запрос на создание качественных научно-популярных и образовательных материалов

закалки, опыт 30 лет. И она всех, даже врачей, кто у нее работал, прогибала, чтобы они назначали. <...> Когда ты там работаешь и ты один человек из коллектива, который придерживается тоже международных рекомендаций, стандарты по лечению. А весь остальной коллектив, он как бы вот, под крылом этой заведующей, тебе все равно, ну, сложно работать, да. И я шла на хитрость, и я просто объясняла наедине с мамой, что вам вот сейчас это все равно напишут, потому что мы не прогноем заведующую, но вы имеете право написать отказ. И все, она писала отказ, а заведующая на меня не злится. И мамочка одна решила, что нет, будем доказывать свою правоту. И вот она, значит, принесла эти клинические рекомендации, ну на что ей тут же вывалили российские, и ей сказали: “в какой мы стране с вами живем, ну не хотите, пишите отказ”. Ну в общем, в итоге, все равно мама эта написала отказ. Ничего не изменилось в отделении, все продолжили работать как работали» (невролог).

Таким образом, представляется, что концептуализация различных подходов к врачебной практике и взаимодействия с пациентами наиболее удачна с позиций концепций мыслительного коллектива и стиля мышления. Различия в профессиональных стилях мышления практикующих врачей касаются таких аспектов, как установка на взаимодействие с пациентами, способы видения альтернативной экспертизы, стратегии разрешения конфликтов с пациентами и способы мышления о профессиональном знании. Табл. 2 суммирует выделенные различия.

## Выводы

По результатам исследования были выделены два стиля мышления практикующих врачей — монополизация и сопроизводство экспертизы. В заключение следует задать вопрос, как данные стили соотносятся с существованием медицинской профессии в современном мире.

С одной стороны, профессиональный успех предполагает монополизацию знания и практик определенной социальной группы в определенной области [4]. Действительно, авторитет медицины во многом ранее зависел именно от успехов монополизации легитимности в производстве диагностических утверждений и лечебных практик. В рамках этой логики попытки пациентов приобщиться к профессиональной логике (попытки самостоятельного производства диагностических суждений и самолечения, перепроверка знаний и умений конкретного врача и другие действия, связанные с выработкой и сохранением медицинского когнитивного стиля и рационализации) рассматриваются медицинским профессиональным сообществом как угроза профессии.

С другой стороны, социология экспертизы показывает, что в настоящее время более продуктивно рассматривать авторитет экспертизы с позиций щедрости (*generosity*) и сопроизводства (*co-production*) [30]. Щедрость здесь означает, что экспертиза становится более влиятельной «благодаря своей способности создавать и упаковывать свои концепции, свой дискурс, свои способы видения, действия и суждения, чтобы их можно было привить другим и их действиям, таким образом захватывая их в сеть и добываясь их сотрудничества» [30, с. 875–876]. Попытки пациентов приобщиться к производству и воспроизводству профессионального знания в этой области рассматриваются как потенциально играющие на руку медицинскому сообществу. Авторитет конкретных врачей на приеме может быть проблематизирован, однако доверие пациентов к профессиональному знанию и авторитет медицинского сообщества в целом повышаются. Приобщение пациентов к профессиональной экспертизе в этом случае расширяет сеть вовлеченных в производство, воспроизводство и циркуляцию экспертного знания в более широких кругах публичности.

Таким образом, оба стиля мышления находят обоснование в тенденциях существования медицинской профессии, причем стиль монополизации связан со сложившимися профессиональными структурами, а стиль сопроизводства — с более современными трендами трансформации экспертизы в современном мире.

Отдельно стоит обсудить хронологию исследования и контекст пандемии. Несмотря на то что между двумя этапами исследования развернулась пандемия COVID-19, из исследовательского гайда был намеренно исключен прямой вопрос об изменениях, связанных с этим фактом. Целенаправленный выбор такой стратегии был продиктован тем, что, несмотря на большое значение этого контекста для достоверности профессиональной медицинской экспертизы, ее трансляции пациентам (и обществу в целом), мы фокусировались на собственном представлении врачей об изменениях в сущности и интенсивности экспертизы пациентов. Вместо этого задавались вопросы о собственной оценке врача того, в какой момент их практики они заметили (если заметили) изменения. Результаты такой стратегии показывают, что ни один врач не отметил COVID-19 как значимый фактор существенного изменения в коммуникации с пациентом с точки зрения их способности эффективно приобщаться к профессиональной медицинской экспертизе и умения вступать с врачом в желательную для профессионала коммуникацию.

В заключение необходимо указать на ограничения настоящего исследования. Исследование носит качественный характер, поэтому мы не можем утверждать, какой стиль мышления является преобладающим среди врачей Санкт-Петербурга, тем

более для России в целом. Представляется, что выделенная типология могла бы стать основанием для проведения количественного исследования для врачей различных специальностей в различных регионах страны. Кроме того, типология основана на анализе интервью с врачами, и ее эвристическая ценность могла бы быть проверена в исследованиях оценок пациентов и младшего медицинского персонала. Это является направлением для дальнейших исследований, в том числе наших собственных.

## Литература

1. Бороздина Е., Здравомыслова Е., Темкина А. Забота в постсоветском пространстве между патернализмом и неолиберализмом: феминистские исследования // Критическая социология заботы: Перекрестки социального неравенства. Сер. Гендерная социология. СПб., 2019. С. 6–23.
2. Ковалева М. Ю., Сухоруких О. А. Клинические рекомендации. История создания и развития в Российской Федерации и за рубежом // Ремедиум: Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2019. № 1–2. С. 6–14.
3. Темкина А. А. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12, № 3. С. 321–336.
4. Темкина А. А. Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики в России // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11, № 1. С. 7–24.
5. Флек Л. Возникновение и развитие научного факта. М.: Идея-Пресс; Дом интеллектуальной книги, 1999.
6. Abbott A. D. The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
7. Baillergeau E., Duyvendak J. W. Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands // Health Risk & Society. 2016. Vol. 18, iss. 7–8. P. 407–426.
8. Beck U., Giddens A., Lash S. Reflexive modernization: Politics, tradition and aesthetics in the modern social order. Redwood City: Stanford University Press, 1994.
9. Couët N., Desroches S., Robitaille H., Vaillancourt H., Leblanc A., Turcotte S., Elwyn G., Légaré F. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument // Health Expectations. 2015. Vol. 18, iss. 4. P. 542–561.
10. Debronkart D. How the e-patient community helped save my life: An essay by Dave deBronkart // BMJ. 2013. P. 346–348.
11. Elwyn G., Scholl I., Tietbohl C., Mann M., Edwards A. G., Clay C., Légaré F., Weijden T. van der, Lewis C. L., Wexler R. M., Frosch D. L. “Many miles to go...”: A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice // BMC Medical Informatics and Decision Making. 2013. Vol. 13, iss. 2. P. 1–10.
12. Eyal G. For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic // American Journal of Sociology. 2013. Vol. 118, iss. 4. P. 863–907.
13. Eysenbach G. The impact of the Internet on cancer outcomes // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2003. Vol. 53, iss. 6. P. 356–371.
14. Ferguson T. E-patients: How they can help us heal healthcare // Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2007. P. 93–150.
15. Field M. G. The position of the Soviet physician: The bureaucratic professional // The Milbank Quarterly. 1988. Vol. 66, iss. 2. P. 182–201.
16. Forkner-Dunn J. Internet-based patient self-care: The next generation of health care delivery // Journal of Medical Internet Research. 2003. Vol. 5, iss. 2. P. e8–e12.
17. Fox S., Duggan M. Health online 2013. Pew Internet Project, 2013. URL: <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/> (дата обращения: 07.11.2022).
18. Francis G. Medicine: art or science? // The Lancet. 2020. Vol. 395, iss. 10217. P. 24–25.
19. Godolphin W. The role of risk communication in shared decision making // BMJ. 2003. Vol. 327, iss. 7417. P. 692–693.
20. Hardey M. ‘E-health’: The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge // Information, Communication & Society. 2001. Vol. 4, iss. 3. P. 388–405.



21. Herrmann-Werner A., Weber H., Loda T., Keifenheim K. E., Erschens R., Mölbert S. C., Nikendei C., Zipfel S., Masters K. “But Dr Google said...” — Training medical students how to communicate with E-patients // *Medical Teacher*. 2019. Vol. 41, iss. 12. P. 1434–1440.
22. Litvina D., Novkunskaia A., Temkina A. Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors // *Societies*. 2019. Vol. 10, iss. 1. P. 5–22.
23. Lupton D. *Medicine as culture: Illness disease and the body in Western societies*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage, 2003.
24. Masters K. Preparing medical students for the e-patient // *Medical Teacher*. 2017. Vol. 39, iss. 7. P. 681–685.
25. Masters K., Ng'ambi D., Todd, G. “I found it on the Internet”: Preparing for the e-patient in Oman // *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2010. Vol. 10, iss. 2. P. 169–187.
26. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient — health professional relationship // *Patient Education and Counseling*. 2006. Vol. 63, iss. 1–2. P. 24–28.
27. Prior L. Belief, knowledge and expertise: The emergence of the lay expert in medical sociology // *Sociology of Health & Illness*. 2003. Vol. 25, iss. 3. P. 41–57.
28. Rice R. E., Katz J. E. Internet use in physician practice and patient interaction // Murero M., Rice R. E. (eds). *The Internet and health care: Theory, research and practice*. New York: Routledge, 2006. P. 149–176.
29. Rose N. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.
30. Saunders J. The practice of clinical medicine as an art and as a science // *Medical Humanities*. 2000. Vol. 26, iss. 1. P. 18–22.

Статья поступила в редакцию 25 января 2023 г.;  
рекомендована к печати 25 декабря 2023 г.

Контактная информация:

*Иванова Анастасия Андреевна* — мл. науч. сотр.; [anaspis100@gmail.com](mailto:anaspis100@gmail.com)

## Traditional and new forms of patient expertise: Together with doctors or versus them?\*

A. A. Ivanova

St. Petersburg State University,  
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

**For citation:** Ivanova A. A. Traditional and new forms of patient expertise: Together with doctors or versus them? *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2023, vol. 16, issue 4, pp. 458–474. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2023.407> (In Russian)

The article outlines and discusses two opposite perspectives of medical practitioners in relation to patients' attempts to form lay medical expertise. The author conceptualizes these two approaches as thought styles and the corresponding communities of doctors as “thought collectives” (L. Fleck). The two thought styles are distinguished based on four characteristics: attitudes towards interaction with patients, particular ways of making sense of alternative forms of expertise, strategies for resolving conflicts with patients, and outlooks on professional knowledge and its place outside the medical community. One of the thought collectives — monopolization collective — is committed to a paternalistic model of medical care, and the corresponding style of thought does not allow noticing and acknowledging patient expertise. Patients' attempts at joining the professional medical rationale are resisted by these medical professionals, and in situations of disagreement or conflicts doctors use a closed strategy

---

\* The study was supported by Russian Foundation for Basic Research (RFBR) and the Ministry of Science and Technology (Taiwan), project no. 21-511-52002.

for their resolution. Physicians from monopolization collective are skeptical about translating medical knowledge outside of practitioners. In contrast, doctors who adopt a co-construction thought style follow the logic of partnership when interacting with patients. Such a style allows medical practitioners to recognize the value in patient expertise and include it in a dialogue and disease management. When conflicts and differences of opinions arise, doctors follow open and intermediate strategies for their resolution, which implies additional efforts to build communication with patients. At the same time, there is a clear demand from this collective for the creation of high-quality popular science and educational materials for patients. High quality translation of medical knowledge is seen as a necessary means of including patients in productive co-production of expertise.

*Keywords:* sociology of medicine, sociology of expertise, lay expertise, doctor — patient interaction, style of thought, online sources.

## References

1. Borozhdina E., Zdravomyslova E., Tyomkina A. Care in Postsoviet space between paternalism and neoliberalism: Feminist studies. In: *Kriticheskaiia sotsiologiia zaboty: Perekrestki sotsialnogo neravenstva. St. Petersburg*, 2019, pp. 6–23. (In Russian)
2. Kovalyova M. Yu., Sukhorukikh O. A. Clinical guidelines. The history of creation and development in Russian Federation and abroad. *Remedium. Zhurnal o rossiiskom rynke lekarstv i meditsinskoj tekhnike*, 2019, no. 1–2, pp. 6–14. (In Russian)
3. Tyomkina A. A. Medicalization of reproduction and birth: Fight for control. *Zhurnal issledovanii sotsialnoi poitiki*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 321–336. (In Russian)
4. Tyomkina A. A. Advice of gynecologists concerning contraception and birth planning in the context of current biopolitics in Russia. *Zhurnal issledovanii sotsialnoi poitiki*, 2013, vol. 11, no. 1, pp. 7–24. (In Russian)
5. Fleck L. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. Moscow, Ideya-Press Publ.; Dom Intellektualnoi Knigi Publ., 1999. (In Russian)
6. Abbott A. D. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.
7. Baillergeau E., Duyvendak J. W. Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. *Health Risk & Society*, 2016, vol. 18, iss. 7–8, pp. 407–426.
8. Beck U., Giddens A., Lash S. *Reflexive Modernization: Politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Redwood City, Stanford University Press, 1994.
9. Couët N., Desroches S., Robitaille H., Vaillancourt H., Leblanc A., Turcotte S., Elwyn G., Légaré F. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 2015, vol. 18, iss. 4, pp. 542–561.
10. Debronkart D. How the e-patient community helped save my life: An essay by Dave deBronkart. *BMJ*, 2013, pp. 346–348.
11. Elwyn G., Scholl I., Tietbohl C., Mann M., Edwards A. G., Clay C., Légaré F., Weijden T. van der, Lewis C. L., Wexler R. M., Frosch D. L. “Many miles to go...”: A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2013, vol. 13, iss. 2, pp. 1–10.
12. Eyal G. For a sociology of expertise: The social origins of the autism epidemic. *American Journal of Sociology*, 2013, vol. 118, iss. 4, pp. 863–907.
13. Eysenbach G. The impact of the Internet on cancer outcomes. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2003, vol. 53, iss. 6, pp. 356–371.
14. Ferguson T. E-patients: How they can help us heal healthcare. In: *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care*. Burlington, Jones & Bartlett Learning, 2007, pp. 93–150.
15. Field M. G. The position of the Soviet physician: The bureaucratic professional. *The Milbank Quarterly*, 1988, vol. 66, iss. 2, pp. 182–201.
16. Forkner-Dunn J. Internet-based patient self-care: The next generation of health care delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 2003, vol. 5, iss. 2, pp. e8–e12.

17. Fox S., Duggan M. Health online 2013. Pew Internet Project, 2013. Available at: <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/> (accessed: 07.11.2022).
18. Francis G. Medicine: Art or science? *The Lancet*, 2020, vol. 395, iss. 10217, pp. 24–25.
19. Godolphin W. The role of risk communication in shared decision making. *BMJ*, 2003, vol. 327, iss. 7417, pp. 692–693.
20. Hardey M. 'E-health': The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication & Society*, 2001, vol. 4, iss. 3, pp. 388–405.
21. Herrmann-Werner A., Weber H., Loda T., Keifenheim K.E., Erschens R., Mölbert S.C., Nikendei C., Zipfel S., Masters K. "But Dr Google said..." — Training medical students how to communicate with E-patients. *Medical Teacher*, 2019, vol. 41, iss. 12, pp. 1434–1440.
22. Litvina D., Novkunskeya A., Temkina A. Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors. *Societies*, 2019, vol. 10, iss. 1, pp. 5–22.
23. Lupton D. *Medicine as Culture: Illness disease and the body in Western societies*. 2<sup>nd</sup> ed. London, Sage, 2003.
24. Masters K. Preparing medical students for the e-patient. *Medical Teacher*, 2017, vol. 39, iss. 7, pp. 681–685.
25. Masters K., Ng'ambi D., Todd G. "I Found it on the Internet": Preparing for the e-patient in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2010, vol. 10, iss. 2, pp. 169–187.
26. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient — health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 2006, vol. 63, iss. 1–2, pp. 24–28.
27. Prior L. Belief, knowledge and expertise: The emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, 2003, vol. 25, iss. 3, pp. 41–57.
28. Rice R. E., Katz J. E. Internet use in physician practice and patient interaction. In: Murero M., Rice R. E. (eds). *The Internet and Health Care: Theory, research and practice*. New York. Routledge, 2006, pp. 149–176.
29. Rose N. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, Princeton University Press, 2007.
30. Saunders J. The practice of clinical medicine as an art and as a science. *Medical Humanities*, 2000, vol. 26, iss. 1, pp. 18–22.

Received: January 25, 2023  
Accepted: December 25, 2023

#### Author's information:

Anastasia A. Ivanova — Junior Researcher; [anaspis100@gmail.com](mailto:anaspis100@gmail.com)