

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

© ПЕТРОВА Л.Е., 2015
УДК 614.254/.255

Петрова Л.Е.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МИР ВРАЧА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

ГБОУ ВПО "Уральский государственный педагогический университет", 620017, г. Екатеринбург, Россия

Для корреспонденции: Петрова Лариса Евгеньевна, docentpetrova@gmail.com

Профессиональный мир врача рассматривают как результат субъективного переопределения тех объективных заданностей, которые врачу предоставляет общество в связи с профессиональным занятием. Это совокупность социальных связей и взаимоотношений, возникающих по поводу здоровья и болезни вокруг профессиональной роли врача. Профессиональный мир врача — это система формальных и неформальных взаимодействий, регулируемых вертикально и горизонтально, между врачом и агентами его социального мира — руководителями медицинской организации, пациентами, семейным и дружеским кругом, общественным мнением, коллегами. Результат конвертации экономического, культурного и социального капитала профессионала в области поддержания здоровья — онтологическое содержание профессионального мира врача. Гносеологически — это сложное образование (когнитивный, эмоциональный компонент сочетаются с поведенческим), формирующееся при рефлексивном восприятии исполнения социальной роли. Рассматриваемое понятие дополняет современные и классические исследования группы врачей, акцентируя важность описания существования (субъективный мир), в дополнение к характеристике сущности (объективно заданная социальная роль).

Ключевые слова: *врач; социальный капитал; сущность и существование; профессиональный мир врача.*

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (2): 53—57.

Petrova L.E.

THE PROFESSIONAL UNIVERSE OF PHYSICIAN IN MODERN RUSSIAN SOCIETY

The Ural state pedagogic university, 620017 Yekaterinburg, Russia

For correspondence: Petrova L.E. docentpetrova@gmail.com

The professional universe of physician is considered as the result of subjective re-definition of those objective specificities provided to physician by society in connection with professional activities. These are totality of social communications and relationships developing in relation to health and disease around professional role of physician. The professional universe of physician is a system of formal and non-formal interactions regulating vertically and horizontally. These interactions involve physician and such agents of social environment as administrators of medical organizations, patients, family and friendly circles, public opinion, colleges. The result of conversion of economic, cultural and social capital of professional in area of health support is an ontological content of professional universe of physician. In epistemological sense this is a complex structure (cognitive and emotional components are combined with behavioral component) developing under reflexive perception of implementation of social role. The considered concept supplements modern and classical studies of group of physicians emphasizing importance of description of existence (subjective universe) in addition to characteristic of essence (objectively specified role).

Key words: *physician; social capital; essence and existence; professional universe of physician*

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (2): 53—57.

В любом современном обществе здоровье является важнейшим социальным приоритетом на уровне государства и отношения к этой ценности со стороны индивидов. Россия не является исключением, однако ситуация выглядит неудовлетворительной: по данным общероссийских опросов, только $\frac{1}{5}$ часть респондентов считают, что при необходимости могут получить качественное медицинское обслуживание, $\frac{2}{3}$ не удовлетворены системой здравоохранения, а каждый второй врачам не доверяет. Здоровье и болезнь как со-

циальные феномены представляют собой сложную систему социальных взаимодействий нескольких групп: административно-управленческих структур, медицинских работников и населения, в том числе пациентов. Объектом социальной критики и тревожности россиян по поводу возможности сохранения здоровья часто становятся врачи, поскольку именно они непосредственно взаимодействуют с теми, кто нуждается в помощи. Эта ключевая роль врачей в оценке здравоохранения дополняется долей группы в экономике страны (по данным

Федеральной службы государственной статистики, в 2012 г. в российских государственных медицинских учреждениях работало 703 тыс. врачей) и совокупностью социальных проблем в профессии (индикатором является высокий кадровый дефицит).

В зарубежной и отечественной социологии врачи являются объектом как теоретического, так и эмпирического анализа. Начиная с Т. Парсонса, социальная роль врача рассматривается в функциональной парадигме [1]. В исследованиях современных российских социологов используется также неовеберовский подход к характеристике динамики социального положения врачей [2]. Методология позиционного подхода, разработанная в феминистской эпистемологии, использована для описания взаимодействия врача-гинеколога и пациентки [3].

В настоящее время накоплен значительный объем российских эмпирических исследований, в которых в качестве объекта выступают врачи. Так, С.А. Ефименко в монографическом исследовании представила социальный портрет участкового врача-терапевта, его социальные характеристики, поведенческие установки и реальные действия, которые являются определяющими в вопросах качества оказываемых медицинских услуг и в обеспечении стабильного функционирования системы здравоохранения [4]. Мнение врачей клинической больницы медицинского вуза по проблемам особенностей статуса и формирования престижа работы послужило источником для выявления факторов, положительно и негативно влияющих на кадровое обеспечение лечебной деятельности государственного образовательного учреждения [5]. Медико-социологические опросы медицинских работников ЛПУ, как правило, анализируют социально-демографические и профессионально-должностные характеристики врачей, удовлетворенность работой, условиями труда, заработной платой, социально-психологический климат в коллективе, взаимоотношения в системе врач—пациент, ценностные ориентиры врачей, престижность врачебной профессии, качество деятельности врача [6—8]. Большое прикладное значение эмпирических проектов контрастирует с методическим потенциалом, ведь современный исследовательский проект в социологии — всегда *mixed methods research* — смешанная методология и методика исследования.

Врачи выступают объектом научного анализа в большинстве проектов по изучению российского здравоохранения, которые можно классифицировать следующим образом:

- ♦ институциональное описание функционирования здравоохранения — доступность и качество медицинской помощи, неформальные платежи, реформирование отрасли и пр.;
- ♦ взаимодействие врач—пациент и его эффекты [9];
- ♦ процесс становления и функционирования альтернативных вариантов медицинской помощи: частной медицины, отдельных групп врачей (гомеопаты, народные целители и пр.).

Во всех указанных направлениях анализа врач выступает частью актуальной модели поддержания здоровья, сложившейся в современной России. Вывод большинства исследований сводится к тому, что врач находится в зависимости от организационных рамок своей деятельности, но при этом имеет высокий потенциал влияния непосредственно на здоровье пациента (на приеме, при назначении терапии и пр.). Таким

образом, врачи как объект социологического анализа рассматриваются чаще всего с экономических, организационных, управленческих позиций. Все это можно назвать описанием индустрии, фабрики здоровья. Фиксируется противоречие между существенным личным влиянием врача на здоровье и болезнь, высокой значимостью профессиональной компетенции, в том числе коммуникационных стратегий, ценностных установок, и недостаточностью социологического анализа субъектной активности врача.

Системный подход Т. Парсонса, в котором дан анализ взаимного регулирования ролей врача и пациента, до сих пор является своего рода образцом для обоснования корректировки, инновационного развития исследований в социологии медицины. Современные зарубежные исследователи активно дискутируют о трансформации роли пациента: предлагается перечитать Т. Парсонса в свете современных социологических дискуссий о теле, эмоциях, доверии, неопределенности и здоровье, в том числе с позиций постмодернизма [10]. Роль современного больного нельзя ограничивать предложенными Т. Парсонсом рамками, ведь большое влияние сегодня имеет иной социокультурный статус болезни, а также несравнимо большие информационные ресурсы у пациентов [11].

Критики взгляда Т. Парсонса на социальную роль врача значительно меньше. В целом зарубежные исследователи скорее дополняют, конкретизируют понятие "профессионализм врача". Так, на основе этнографического наблюдения описано представление о современных стратегиях "хорошего врача" для пациентов-диабетиков [12]. Выделяются значимые процессы в современной медицинской профессии: диверсификация, специализация по вертикали и горизонтали, а также последствия этих изменений для характеристики роли врача [13].

Представленный обзор демонстрирует доминирование структурно-функционального подхода, которым актуальный арсенал социологии не ограничивается. Оригинальные теоретические проекты, где врач являлся бы объектом осмысления с разных методологических позиций, а эмпирический анализ соответствовал бы современным требованиям к сочетанию стратегий, представлены недостаточно. Структура социальной роли врача в теории Т. Парсонса [14] и ее последующая критика являются в современных российских исследованиях трендом описания врачей. Ограниченность такого подхода заключается в узости методологических рамок структурно-функциональной модели, эвристичность которой для характеристики актуальной ситуации в здравоохранении явно недостаточна. Другая проблема современных отечественных исследований группы врачей заключается в отсутствии комплексной категории, которая описывала бы врача и функционально, и содержательно (характеризуя повседневную деятельность). Введение в научный оборот специального теоретического конструкта "профессиональный мир врача", описывающего феномен профессиональной и социальной активности, решает задачи теории и практики, содержательно и функционально дополняет знание о врачах.

Под профессиональным миром врача мы понимаем результат субъективного переопределения тех объективных заданностей, которые врачу предоставляет общество в связи с профессиональным занятием. Это совокупность социальных связей и взаимоотношений,

возникающих по поводу здоровья и болезни вокруг профессиональной роли врача. Профессиональный мир врача — система формальных и неформальных взаимодействий, регулируемых вертикально и горизонтально, между врачом и агентами его социального мира — руководителями медицинской организации, пациентами, семейным и дружеским кругом, общественным мнением, коллегами. Профессиональный мир врача — результат конвертации экономического, культурного и социального капитала профессионала в области поддержания здоровья.

Онтологически профессиональный мир врача выражается в совокупности коммуникаций в области здоровья, представленных как на формальном, так и неформальном уровне, и в эффектах конвертации человеческого, культурного и социального капитала профессионала врача. Гносеологически профессиональный мир врача — сложное образование (когнитивный, эмоциональный компонент сочетаются с поведенческим), формирующееся при рефлексивном восприятии исполнения социальной роли.

Обоснование представлений о профессиональном мире врача принуждает нас обратиться и к общесоциологическим дебатам об изучении сущности и существовании. Предлагаемое понятие — это анализ существования, в то время как большинство работ в современной социологии посвящено анализу сущности профессии врача, в рамках которых описывается модель запрос общества — реализация врачом с указанием на проблемы этого процесса. Существование не противоположно сущности, а дополняет анализ феномена. Существование — процессуальный аспект сущности, но при этом субъектно окрашенный.

Традиция изучения существования восходит к экзистенциальной философии (М. Хайдеггер, К. Ясперс, П. Сартр, А. Камю и др.). Обращение к существованию делает акцент на реальности, на субъективированной картине сущности. Описание содержания социальной и профессиональной роли врача — описание сущности, субстанции. Описание существования врача предполагает обращение к экзистенциальной реальности — переживаемому человеческому существованию. Важно заметить, что конвертация профессионализма в повседневность, совместная конвертация культурного и социального капиталов у врача делают возможным описать комплексно личностное существование, в котором границы профессионального и внепрофессионального размыты. Концепция М. Хайдеггера о "тут-бытии" — особом существовании, как новая интерпретация трансцендентальной субъективности Э. Гуссерля, — дисциплинарно относится к философии, но может считаться методологической рамкой для обоснования исследовательского поворота от изучения сущности к изучению существования врача. В социологии данной исследовательской традиции отвечают другие парадигмальные векторы. Для социологии контекст существования в исследовании актуальных социальных феноменов — это весь спектр интерпретативной науки, представленной в классических исследованиях И. Гофмана, А. Шюца, а также структурализм Э. Гидденса и структуралистский конструктивизм П. Бурдьё. Указан классический круг авторов, чьи теории положили начало огромному количеству текстов-эпигонов. К сожалению, интерпретативные и структуралистские концепции пока недостаточно представлены в исследовании врачей.

Ключевую роль в обосновании категории "профессиональный мир врача" играет концепция капиталов П. Бурдьё, что имеет интересное продолжение в истории с идеями М. Хайдеггера, философия которого была в том числе объектом научного анализа французского социолога. До настоящего времени социальный капитал в области социологии медицины анализировался только с позиций исследований различий в здоровье людей, обусловленных социально-экономической стратификацией и неравным распределением в обществе ресурсов социального капитала, которое, в частности, представлено в исследованиях Н.Л. Русиновой и соавт. [15].

Наш исследовательский подход заключается в актуальности анализа конвертации профессионализма врачей в повседневную жизнь (врач как особый пациент — объект этого анализа), что предполагает обращение к исследовательской традиции описания взаимовлияния здоровья и социального капитала, но на более локальном объектном уровне. Капиталы врача и пациента не могут не оказывать взаимного влияния на конвертацию — социальные сети, образование в области здоровья, поведенческие паттерны пациентов делают более или менее доступной качественную медицинскую помощь. В разговорах россиян сегодня бытует мнение, что нельзя болеть, это опасно, а если заболел серьезно, иди только к "своему" врачу.

Итак, каким образом концепция капиталов (экономического, культурного, социального) связана с профессиональным миром врача? Прежде всего укажем на особенности содержания и конвертации капиталов для врачей.

По мнению П. Бурдьё, культурный капитал может выступать в трех состояниях: инкорпорированном, т. е. в форме длительных диспозиций ума и тела; объективированном — в форме культурных товаров (картин, книг, словарей, инструментов, машин), являющих собой отпечаток или воплощение теорий, их критики, некоторого круга проблем и т. д.; институционализированном, т. е. в форме объективации. Инкорпорированное состояние культурного капитала врача — это две группы свойств: способность и мастерство манипуляций в профессии (хирурги — лучший пример), а также тело врача, его физическое здоровье. Поскольку следствие объективизации культурного (образовательного) капитала врача — это его собственное здоровье, такой подход демонстрирует противоречивость или диалектичность конвертации в профессии капиталов разного типа. Как показывают наши исследования, именно российские врачи (в отличие от североамериканских или европейских) следят за своим здоровьем также плохо, как и их российские пациенты, демонстрируют девиации в области здоровья в той же степени, что и популяция в целом [16].

Объективированное состояние культурного капитала, анализ которого занимает важное место в концепции П. Бурдьё, применительно к профессиональному миру врача малоэвристично.

Институционализированное состояние, т. е. объективированный культурный капитал для врача, — весьма показательная и важная часть характеристики. В современном мире фиксируется кризис формального образования, все больше людей могут конвертировать свои специфические навыки на рынке труда, не имея институционализированного подтверждения квалификаций (диплома, свидетельства). Но не в медицине, где до сих пор велика роль печатей, подписей, дат, серти-

фикатов, справок и пр. Без соответствующих академических квалификаций никто не сможет работать в здравоохранении. Конечно, это не единственная отрасль (близка ситуация в образовании, науке и т. д.), однако ситуация здесь более чем определенная. Имея высокий инкорпорированный культурный капитал (например, будучи здоровым человеком, способным научить здоровью других), индивид может конвертировать его только вне рамок формальной медицины и здравоохранения. Таким образом, академическая квалификация атрибутивна профессиональному миру врача и является источником разных капиталов.

По мнению П. Бурдьё, любая культурная компетенция (например, способность читать в мире неграмотных, а в современном обществе — способность читать большие тексты в мире новой когнитивной реальности, предполагающей малый объем и упрощенное содержание) извлекает дефицитную ценность из своей позиции в распределении культурного капитала и приносит своему обладателю прибыль от различия.

На ценность культурного капитала врачей влияет своего рода сакральность медицинских знаний. Всем доступна медицинская энциклопедия, многое меняется в эпоху Интернета за счет простоты поиска и потребления информации [17], но редко кто из пациентов удовлетворяется диагнозом, который сам себе поставил на основе прочитанного или услышанного, не говоря уже о специализированных видах медицинской помощи — инвазиях, операциях и пр. Такая ценность компетенции в области здоровья приносит обладателю прибыль. Этим объясняется столь высокий конкурс и баллы ЕГЭ абитуриентов, поступающих в медицинские вузы. Кризис здравоохранения, неудовлетворенность современных российских врачей зарплатой не останавливают молодежь в планах получить уникальные компетенции — знания о здоровье и болезни, возможность влиять на жизнь пациентов. Сакральность медицинских знаний и умений уникальна применительно к главной человеческой ценности — жизни, которую каждый хочет сохранить с должным качеством. Непрофессионалу может быть интересен бозон Хиггса и он может разобратся в теории, но нельзя конвертировать это в повседневную жизнь. Пациент может быть обеспокоен наличием у него болезни Паркинсона, даже прочитать об этом, но верно поставить диагноз и провести терапию — никогда.

Согласно логике П. Бурдьё, материальная и символическая прибыль, которую гарантирует академическая квалификация, зависит от дефицитности последней, значит вложения (времени и сил) могут оказаться менее прибыльными, чем ожидалось в тот момент, когда они были произведены (фактическое изменение пропорций обмена между академическим и культурным капиталами). Стратегии конвертирования экономического капитала в культурный, выступающие в числе краткосрочных факторов образовательного бума и обесценивания квалификаций, определяются изменениями в структуре шансов на получение прибыли, которые предлагаются различными типами капитала. В отношении группы врачей в современном российском обществе данный тезис проявляется в связи с традиционно высоким престижем профессии врача (как на основе опросов общественного мнения, так и по рейтингам абитуриентов медвузов), который вступает в противоречие с высоким уровнем неудовлетворенности врачей конвертацией культурного капитала в экономический

— врачи массово жалуются на низкую зарплату.

Вопрос, которого не касался П. Бурдьё, но который кажется нам крайне важным для характеристики современного российского общества, это конвертация профессионализма в повседневность. Процессы аномии, ценностного кризиса, характеризующие сегодняшнюю Россию, привели к тому, что в общественном мнении профессионал вовсе не обязательно "нормативно чист", за пределами выполнения должностных обязанностей он имеет право вести себя непрофессионально. Так, врачу необязательно вести здоровый образ жизни, хотя он рекомендует это пациентам. Никого не удивляет, что сотрудник полиции, госслужащий не соблюдают закон и пр. Таким образом, для характеристики современного профессионализма важно учитывать эту особенность — этическую дилемму комплементарности [18] профессионального и непрофессионального существования. Культурный капитал конвертируется в социальный, но происходит это зачастую противоречивым образом. В отношении врачей социальный капитал несет на себе разные нагрузки. Позитивно он влияет на формирование базы пациентов, имиджа, авторитета врача, позволяет получать другие по сравнению с неврачами возможности медицинской помощи, негативно социальная сеть врача зачастую не различает рабочее и нерабочее время, роль врача для пациента круглосуточна. И это показывает, что существование как ключ к пониманию профессионального мира врача не имеет профессиональных границ; они размыты в повседневности по сравнению с сущностью, "начало и конец" которой совпадают с исполнением профессиональной роли.

Заключение

Мы представили две основные полипарадигмальные логики в анализе группы врачей в современном обществе. Структурно-функциональный подход продолжает традицию Т. Парсонса в описании ролей врача и пациента, такие исследования обращаются к сущности врача. В понятии же "профессиональный мир врача" как субъективном переопределении объективных заданностей, субъектной работе по капитализации своих культурных и социальных ресурсов используется интерпретативный и структуралистский подход. Для социологического анализа важно определить совокупность эмпирических индикаторов профессионального мира врача как феномена сущности, что будет представлено в последующих публикациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Эволюция социологии медицины *Социология медицины*. 2012; 2 (21): 4—10.
2. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе. *Социологические исследования*. 2005; 1: 66—77.
3. *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сборник статей* / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге; 2009.
4. Ефименко С.А. *Социальный портрет участкового врача-терапевта* / Под ред. А.В. Решетникова. М.: Здоровое общество; 2005.
5. Новокрещенов И.В., Новокрещенова И.Г. Самооценка статуса и престижа работы врача клинической больницы медицинского вуза. *Социология медицины*. 2013; 2 (23): 23—5.
6. Цыпленкова Л.П., Слюсарь И.В., Шуть К.В. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга. *Социология медицины*. 2012; 2 (21): 32—4.

7. Юрьев В.К., Сердюков А.Г., Кабачек Н.И., Ахмедов М.Р., Сагитова Г.Р. Медико-социальная характеристика медицинских кадров Астраханской области. *Социология медицины*. 2007; 1: 45—8.
8. Петрова Л.Е., Царькова С.А. Качество деятельности врача: оценка работы и дополнительного профессионального образования. *Уральский медицинский журнал*. 2013; 3: 122—6.
9. Ефименко С.А. Методологические основания изучения феномена пациента в социологии медицины. *Социология медицины*. 2012; 2 (21): 10—4.
10. Williams S.J. Parsons Revisited: from the Sick Role to ...? *Health*. 2005; 9 (2): 123—44.
11. Shilling Ch. Culture, the "sick role" and the consumption of health. *Br. J. Sociol.* 2002; 53 (4): 621—38.
12. Lutfey K. On practices of 'good doctoring': reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociol. Hlth Illness*. 2005; 27 (4): 421—47.
13. Nancarrow S.A., Borthwick A.M. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol. Health Illness*. 2005; 27 (7): 897—919.
14. Parsons T. The professions and social structure (1939). In: Parsons T. *Essays in Sociological Theory*. (Revised Edition). New York: The Free Press; 1966: 34—46.
15. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге). *Социологические исследования*. 2010; 1: 87—99.
16. Павленко Е.В., Петрова Л.Е. Табакокурение в среде медицинских работников: проблемы и возможные пути их решения. *Главный врач: хозяйство и право*. 2012; 3: 48—53.
17. Павленко Е.В. Киберпространство медицины: Интернет как враг и союзник врача и пациента. *Социология медицины*. 2013; 1 (22): 42—7.
18. Петрова Л.Е. Больной врач как коллизия профессионализма: социологический анализ. *Вестник Пермского университета. Серия: Философия. Психология. Социология*. 2012; 2 (10): 148—54.
4. Efimenko S.A. *Social Portrait GP Therapist. [Sotsial'nyy portret uchastkovogo vracha-terapevta]* Ed. A.V. Reshetnikov. Moscow: Zdorovoe obshchestvo; 2005. (in Russian)
5. Novokreshchenov I.V., Novokreshchenova I.G. The self-evaluation of status and prestige of work of physician in clinical hospital of medical university. *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 2 (23): 23—5. (in Russian)
6. Tsyplenkova L.P., Slyusar' I.V., Shyut K.V. The study of components of social status of physician in the system of medical sociological monitoring. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 2 (21): 32—4. (in Russian)
7. Yur'ev V.K., Serdyukov A.G., Kabachek N.I., Akhmedov M.R., Sagitova G.R. The medical social characteristics of the health manpower in the Astrakhan Oblast. *Sotsiologiya meditsiny*. 2007; 1: 45—8. (in Russian)
8. Petrova L.E., Tsar'kova S.A. The quality of the physician: assessment of the work and postgraduate professional education. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2013; 3: 122—6. (in Russian)
9. Efimenko S.A. The methodological foundation of studying the phenomenon of patient in sociology of medicine. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 2 (21): 10—4. (in Russian)
10. Williams S.J. Parsons Revisited: from the Sick Role to ...? *Health*. 2005; 9 (2): 123—44.
11. Shilling Ch. Culture, the "sick role" and the consumption of health. *Br. J. Sociol.* 2002; 53 (4): 621—38.
12. Lutfey K. On practices of 'good doctoring': reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociol. Hlth Illness*. 2005; 27 (4): 421—47.
13. Nancarrow S.A., Borthwick A.M. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol. Health Illness*. 2005; 27 (7): 897—919.
14. Parsons T. The professions and social structure (1939). In: Parsons T. *Essays in Sociological Theory*. (Revised Edition). New York: The Free Press; 1966: 34—46.
15. Rusinova N.L., Panova L.V., Cafronov V.V. Health and social capital - a survey in St.-Petersburg. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010; 1: 87—99. (in Russian)
16. Pavlenko E.V., Petrova L.E. Tobacco use among health care workers: problems and possible solutions. *Glavnyy vrach: khozyaystvo i pravo*. 2012; 3: 48—53. (in Russian)
17. Pavlenko E.V. The cyberspace of medicine: Internet as enemy and ally of physician and patient. *Sotsiologiya meditsiny*. 2013; 1 (22): 42—7. (in Russian)
18. Petrova L.E. The patient as physician conflict of professionalism: a sociological analysis. *Vestnik Permskogo universiteta. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya*. 2012; 2 (10): 148—54. (in Russian)

Поступила 07.05.2015

REFERENCES

Received 07.05.2015