

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 61:1:316:614.2:378.4 (045)

Оригинальная статья

РИСКИ ДОВЕРИЯ К ИНСТИТУТУ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ

А. С. Федонников — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, проректор по научной работе, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии, доцент, кандидат медицинских наук; ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии, начальник отдела инновационных технологий управления в лечении и реабилитации; **Е. А. Андриянова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, профессор, доктор социологических наук.

RISKS OF TRUST IN THE INSTITUTE OF MEDICINE IN CONDITIONS OF DIGITAL HEALTH: THEORETICAL ANALYSIS AND MANAGEMENT PRACTICE

A. S. Fedonnikov — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Vice Rector for Research, Associate Professor of Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Associate Professor, PhD; Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Scientific Research Institute of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery, Head of Department of Innovative Technologies in Medical Care and Rehabilitation; **E. A. Andriyanova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Professor, DSc.

Дата поступления — 12.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2020 г.

Федонников А. С., Андриянова Е. А. Риски доверия к институту медицины в условиях цифрового здравоохранения: теоретический анализ и практика управления. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (1): 94–98.

Цель: теоретический анализ структуры рисков доверия в медицине и здравоохранении и изучение возможностей онлайн-коммуникации как практики управления данными рисками. **Материал и методы.** Методологической базой анализа рисков доверия к институту медицины явилась теория социального доверия (Luhmann N., 1988). Применялись методы системного подхода, структурно-функционального анализа и типологизации. Эмпирический анализ проблемы доверия в диаде «пациент — медицинский работник» осуществлялся в 2018–2019 гг. с использованием разработанной и внедренной в практику НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского Системы интерактивного мониторинга и обратной связи (СИМОС), позволяющей повышать качество управления подготовкой пациента к предстоящей высокотехнологичной операции и последующим процессом медицинской реабилитации пациентов (N=381). **Результаты.** Разработана теоретическая модель рисков доверия в здравоохранении применительно к медицинской реабилитации, явившаяся базой для создания практических инструментов профилактики медико-социальных и социально-психологических рисков на основе СИМОС. **Заключение.** Применение сервисов онлайн-коммуникации повышает эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий на основе персонализированного подхода, расширяет возможности управления взаимодействием пациентов и медицинских специалистов посредством профилактики рисков доверия к институту медицины.

Ключевые слова: риски доверия, цифровое здравоохранение, онлайн-коммуникация, институт медицины.

Fedonnikov AS, Andriyanova EA. Risks of trust in the institute of medicine in conditions of digital health: theoretical analysis and management practice. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (1): 94–98.

Aim: to analyze the trust risks structure in medicine and healthcare and to study of the possibilities of online communication in healthcare for managing these risks. **Material and Methods.** The methodological basis of risk analysis of trust in the institute of medicine was the theory of social trust (Luhmann N., 1988). The study used methods of a systematic approach, structural and functional analysis and typologization. An empirical analysis of the problem of trust in the dyad «patient-medical specialist» carried out in 2018–2019 at the Research Institute of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery of Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky using the developed and introduced into practice System of interactive monitoring and feedback (SIMF), which allows to improve the quality of management of patient' preparation for the upcoming high-tech operation and the subsequent process of medical rehabilitation of patients (N=381). **Result.** It has been developed a theoretic model for the treatment of trust risks in healthcare in relation to medical rehabilitation, which is the basis for development practical tools for the prevention of medical, social and socio-psychological risks based on SIMF. **Conclusion.** The use of online communication services increases the effectiveness of medical and rehabilitation measures based on a personalized approach; expands the ability to manage the interaction of patients and medical professionals through the prevention of trust risks in the institute of medicine.

Key words: risks of trust, digital health, online communication, institute of medicine.

Введение. В медико-социальных исследованиях понятие риска достаточно часто используется с це-

люю описания ситуации, сложившейся в сфере здравоохранения. Рост «осознания риска» дает возможность исследователям обратиться к такому вопросу, как доверие пациентов к врачам и системе здравоохранения в целом. Сфера здравоохранения предполагает тесное взаимодействие пациента и медицинско-

Ответственный автор — Федонников Александр Сергеевич
Тел.: +7 (900) 3141399
E-mail: fedonnikov@mail.ru

го работника, а также подразумевает сотрудничество между агентами системы здравоохранения. Падение уровня доверия к медицинской помощи приобретает все большее значение в контексте общего снижения доверия к системе здравоохранения и является серьезной проблемой еще и потому, что оно оказывает негативное влияние на результаты лечения пациентов, выступая, таким образом, формой социального ятрогенеза [1]. В условиях перехода отечественного здравоохранения к цифровым моделям развития и коммуникации, усложнения характера и способов взаимодействия в цифровой среде актуализируется изучение механизмов контроля и управления рисками социального доверия на макро- и микроуровне.

Одним из ключевых различий в концептуализации доверия, которые оказали влияние на исследования отношений между пациентом и врачом, является различие между социальным доверием и доверием между людьми. Межличностное доверие — это доверие, возникшее в результате многократных взаимодействий, с помощью которых можно со временем проверить ожидания в отношении заслуживающего доверия поведения человека. Однако социальное доверие — это доверие к коллективным институтам, на которое широко влияют СМИ, и общее социальное доверие к конкретным институтам. Любое изучение личностного доверия пациентов к врачам должно учитывать общую атмосферу социального доверия к учреждениям здравоохранения. Теоретическая работа по анализу сетей, соединяющих эти различные элементы доверия, подчеркнула жизненно важную роль социального доверия в формировании традиционного межличностного доверия между пациентами и их врачами [2].

По мысли Н. Лумана, доверие функционирует как способ уменьшить сложность в обществе и выступает средством взаимодействия между социальными системами и представителями этих систем [3]. Данная теория применима и на индивидуальном уровне. Снижая сложность представлений индивида об окружающей реальности, доверие помогает действовать посредством упрощения решений, обеспечивая их рационализацию на основе риск-анализа с учетом предшествующего опыта [4]. Именно по этой причине доверие может существовать только в ситуациях риска, в противном случае оно становится ожиданием [5].

Архитектонику оказания медицинской помощи составляет взаимодействие пациента и медицинского работника. Эффективное оказание медицинской помощи требует не только ее предоставления, но и принятия и использования медицинских услуг пациентом. Пациент играет важную роль в процессе осуществления практик здоровьесбережения [6], что также повышает качество взаимодействия, облегчает раскрытие информации пациентом, позволяет медицинскому работнику стимулировать необходимые изменения в поведении и предоставляет пациенту большую автономию в принятии решений при оказании медицинской помощи [5]. Доверительные отношения в системе «пациент — медицинский работник» основаны на конкретных ожиданиях и индивидуальном поведении. Впрочем, важность доверия в этих отношениях будет варьироваться в зависимости от предполагаемых рисков, связанных со спецификой конкретной нозологии, и различий в личностных и социальных характеристиках пациента, таких как его образование, сложность и доступ к информации [7]. Доверие к работникам сферы

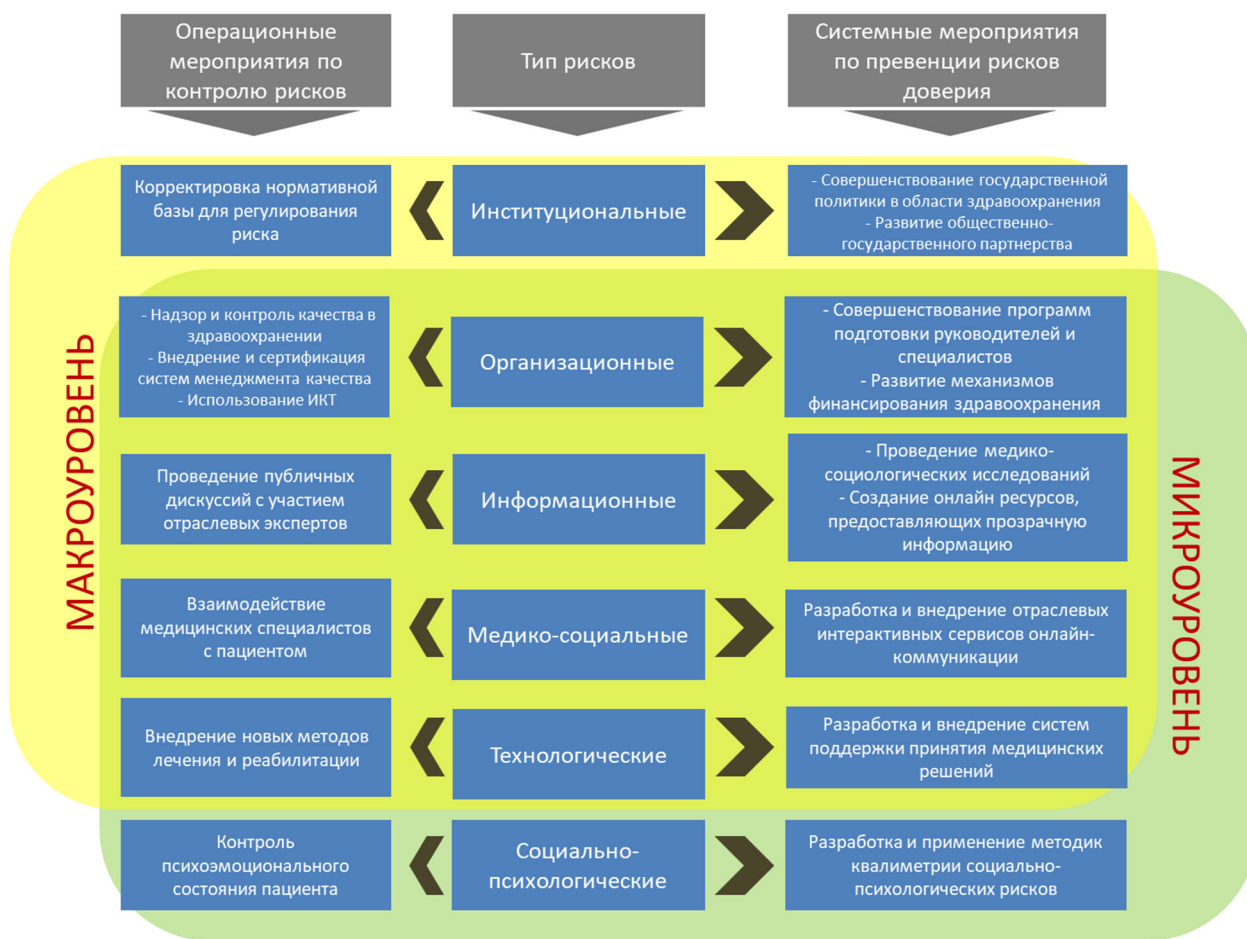
здравоохранения может иметь меньшее значение для пациентов с относительно низкой степенью риска, например таких, которые страдают острыми заболеваниями, требующими только первичной медицинской помощи. Доверие может иметь большее значение для уязвимых пациентов с более высокой степенью риска, которые страдают хроническими заболеваниями и требуют медицинской реабилитации. Однако некоторая форма доверия всегда важна для обеспечения контекста, в котором медицинские работники и пациенты могут взаимодействовать для поиска и осуществления рациональных способов лечения заболевания [8].

В условиях цифрового здравоохранения основную функцию по поддержанию социального доверия к институту здравоохранения выполняет онлайн-коммуникация. Комплексная оценка возможностей онлайн-коммуникации позволяет выявить преимущества ее использования для основных субъектов здравоохранения. Пациенты приобретают доступ к профессиональным консультациям из любой точки страны с возможностью быстрой обратной связи и персональным подходом, получают онлайн-контроль своего здоровья и возможность самообучения, что повышает активное участие в управлении своим здоровьем (партисипативность) и доверие к системе здравоохранения. Медицинские организации могут осуществлять мониторинг отдаленных результатов лечения и своевременно выявлять осложнения, участвовать в формировании потоков пациентов, снижая нагрузку на сотрудников организационных служб, вовлекать персонал в новые формы работы, реализовывать технологии бережливого здравоохранения. Органы управления здравоохранением с помощью онлайн-коммуникации получают возможность управлять потоками пациентов на основе актуальной информации, вовлекать региональных специалистов, трансформировать представления и взгляды пациентов, развивать культуру здоровья, повышать качество реабилитации, способствовать возвращению пациентов к трудовой деятельности [9]. Цифровая среда как коммуникативное пространство обладает двойственным потенциалом и может выступать не только генератором рисков доверия и неопределенности, но и средством управления рисками социального доверия и их упорядочения, формируя новые модели коммуникации субъектов здравоохранения.

Цель: теоретический анализ структуры рисков доверия в медицине и здравоохранении и изучение возможностей онлайн-коммуникации как практики управления данными рисками.

Материал и методы. В качестве методологической базы анализа рисков, а также их воздействия на пациента использована теория социального доверия (Luhmann N., 1988). Исследование осуществлялось на основе парадигмы научной рациональности, с использованием общенаучных методов системного подхода, структурно-функционального анализа, типологизации.

Эмпирический анализ проблемы доверия в диаде «пациент — медицинский работник» осуществлялся в 2018–2019 гг. с использованием разработанной и внедренной в практику в НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Системы интерактивного мониторинга и обратной связи (СИМОС), позволяющей повысить качество управления подготовкой пациента к предстоящей высокотехнологичной операции и по-



Двухуровневая модель обработки рисков доверия в медицине и здравоохранении

следующим процессом медицинской реабилитации пациентов. Представляющая собой сервис онлайн-коммуникации, система позволяет осуществлять мониторинг, обратную связь с пациентами, оценку медико-социальной, организационной и социально-психологической составляющих медицинской реабилитации. Эти возможности обеспечены наличием в системе функциональных модулей, которые позволяют осуществлять онлайн-коммуникацию в диаде «пациент — медицинские специалисты» в двух временных периодах: на догоспитальном этапе (административная информация; психологическое сопровождение; оценка готовности пациента к реабилитации; оценка функционального состояния организма при определенной патологии; часто задаваемые вопросы; интерактивный портал обратной связи) и в периоде послеоперационной реабилитации (административная информация; оценка потребностей пациентов в организации реабилитации; практические рекомендации по режиму активности и отдыха; оценка функционального состояния организма при определенной патологии; часто задаваемые вопросы; интерактивный портал обратной связи). Данный IT-продукт реализован как web-приложение.

В настоящем исследовании использованы данные о пациентах (381 человек) с артрозом тазобедренного и коленного суставов, возраст которых составил 64 (59; 69) года, распределение неравномерное, минимум — 19 лет, максимум — 81 год. Приоритетность выбора указанной патологии обусловлена ее клинико-эпидемиологическими особенностями

и социально-экономическими последствиями [10]. Материал, полученный в результате работы СИМОС, послужил основой для моделирования структуры рисков доверия и вариантов их обработки в сфере практического применения.

Результаты. На основании проведенного теоретического анализа разработана модель обработки рисков доверия в медицине и здравоохранении применительно к медицинской реабилитации, включающая типологию рисков и рассматривающая на предложенной основе варианты оперативного реагирования по контролю риска и комплекс системных действий по снижению рисков и повышению доверия пациентов и общества в целом к системе здравоохранения. Гуманитарная и организационная специфика социального института медицины определила структурирование рисков и мероприятий по их превенции, а также зоны их совмещения на макро- и микроуровне. Институциональные и социально-психологические риски рассматриваются отдельно по отношению к макро- и микроуровню. Организационные, информационные, медико-социальные и технологические риски существуют в зоне совмещения, определяя необходимость применения пациентоориентированной парадигмы для устранения противоречия между технократическим и ценностным подходами к регулированию отношений между субъектами здравоохранения (рисунок).

Субъектоориентированность как основной инструмент конструирования социального порядка становится ведущим вектором развития основных

социальных институтов. Благодаря этому механизму понятия «управление рисками» и «регулирование рисков» несут значимый этический подтекст, так как в них уделяется особое внимание поведению и решениям пациентов. Тем самым ответственность за последствия рисков фактически переносится на отдельного индивида, отвлекая внимание от других объективных факторов, таких как социальное неравенство, неэффективные услуги или неадекватная инфраструктура. В данном контексте актуализируется понятие доверия, которое выступает как способ минимизации рисков и снижения общей тревожности пациента. Анализ доверия на двух основных уровнях — межличностном и социальном — позволяет рассматривать риски в качестве индикаторов проявления пациентами страха как при взаимодействии с медицинскими работниками, так и в рамках системы здравоохранения.

Разработанная структура рисков доверия является методологической базой для создания практических инструментов превенции медико-социальных и социально-психологических рисков (как наиболее приближенных к повседневной практике медицинской реабилитации) на основе использования интерактивных сервисов онлайн-коммуникации. Эффективность внедрения предлагаемых инструментов зависит, с одной стороны, от IT-инфраструктуры здравоохранения, а с другой — от готовности пациентов к онлайн-коммуникации с организованным профессиональным медицинским сообществом.

Практическое использование СИМОС позволяет повысить доступность для пациентов профессиональных консультаций из любой точки страны, реализуя задачи телемедицины, что особенно важно в условиях кадрового и инфраструктурного дефицита в системе здравоохранения. СИМОС обеспечивает быстроту взаимодействия пациентов с врачами, персонализацию, онлайн-контроль своего здоровья, возможность самообучения, активное участие в управлении своим здоровьем (партиципативность), формируя у пациентов в условиях реальной практики доверие к системе здравоохранения. Кроме того, она позволяет осуществлять исследовательскую функцию, предоставляя возможность в режиме реального времени изучать проблемы и лакуны социального пространства медицины и вырабатывать доказательные рекомендации для организаторов здравоохранения и социальных служб.

Инновационная функция психологического сопровождения, включенного в СИМОС, предоставляет пациентам возможность с помощью адаптированного психологического инструментария оценить уровень своей тревожности, а также уровень ответственности за состояние своего здоровья. Инструменты динамической оценки психоэмоционального состояния больных перед хирургическим вмешательством позволяют работать с такими характеристиками психологического состояния пациента, как страх перед операцией; тревога по поводу качества оказания медицинских услуг, связанная с возможным ухудшением состояния после операции; боязнь негативных последствий наркоза, врачебной ошибки; страх смерти. Так, оценка психологической готовности пациентов к планируемому хирургическому вмешательству выявила следующее: страх боли, связанной с операцией, отсутствует у 85% пациентов; тревога по поводу ухудшения состояния после операции (последствия наркоза, врачебной ошибки) отсутствует у 93% пациентов; страх смерти отсутствует у 100% опрошенных.

Пациент на этапе медицинской реабилитации (вне зависимости от места жительства) имеет возможность постоянной интерактивной коммуникации с врачами через модерацию, осуществляемую клиническим психологом НИИТОН СГМУ, что позволяет дистанционно сопровождать процесс восстановления после операции. Результаты взаимодействия с пациентами на догоспитальном этапе и в периоде послеоперационной реабилитации в рамках СИМОС демонстрируют изменение предпочтений пациентов в способах коммуникации в сторону выбора социальных сетей и мессенджеров. Оценка результативности системы показала ее востребованность и умение пациентов активно пользоваться средствами онлайн-коммуникации: вход с мобильных устройств составил более 50%; пациенты восприимчивы к этому виду взаимодействия (на догоспитальном этапе критерий «отклик получателя» составил 45,9%, критерий «кратность входов в систему» — 4,8%; в периоде послеоперационной реабилитации — 19,2 и 1,5% соответственно).

Обсуждение. Пациентам часто трудно обдумать, выбрать и принять решение по вопросам здоровья в обществе риска, характеризующемся «состоянием чрезмерной тревоги». Новые информационные и коммуникационные технологии способны оказать поддержку и помочь с выбором направления медицинской реабилитации и восстановления утраченных социальных связей. Одним из важных примеров является новая зона рефлексии, которую открывает электронно опосредованное общение [11]. Люди предпочитают использовать технологии, чтобы создать сферу, в которой они могут существовать, выражая свои опасения и передавая их другим. Возможность опосредованного через современные коммуникации общения с врачом в любое время и в любом месте представляет собой желаемое увеличение свободы выбора, но в то же время увеличение ответственности за выбор. Ответственность за фильтрацию информации связана с ответственностью за интерпретацию симптомов и событий, связанных со здоровьем, в повседневной жизни. Возможность выбрать и выделить наиболее важные симптомы и события, связанные со здоровьем, в электронном сообщении требует от индивида возможности отделить их от менее важных вопросов. На фоне преобладающих тенденций снижения доверия к системе здравоохранения и медицинским работникам, таких как растущие расходы на здравоохранение, кризис злоупотреблений служебным положением, необъяснимые различия в схемах ухода и растущий медицинский коммерциализм [12], потенциал коммуникационных технологий для укрепления доверия пациента к врачу может быть интерпретирован как возможность для положительных тенденций. На индивидуальном уровне это может облегчить повседневную жизнь пациентов в современном обществе.

В социальном контексте укрепление доверия пациентов к врачу в то время, когда расширяется их доступ к медицинской экспертизе, требует контроля процессов, стимулирующих медиализацию: расширение профессиональных медицинских возможностей в более широких сферах жизни [13]. Как и любая коммуникация, цифровая коммуникация способствует укреплению межличностного и социального доверия. В отношениях между врачом и пациентом, а также медицинской организацией она считается информационным инструментом, средством повышения эффективности общения и экономии времени

[14]. Коммуникационные технологии могут не только собирать и предоставлять общую информацию, экономить время, которое может быть потрачено на индивидуальное общение, но и дополнять наблюдения врачей за пациентами. Благодаря электронной коммуникации пациенты могут улучшить связь и тем самым развивать партнерские отношения с врачом. Построение электронных коммуникационных практик, способствующих доверию и вовлечению пациентов, потребует более глубокого исследования. Технология всегда будет социально сконструирована, и сам технологический дизайн будет влиять на то, как она используется. Кроме того, такие внешние условия, как финансовые и административные решения, имеют большое значение как для врачей, так и для пациентов. Общее понимание основных правил электронно опосредованной практики необходимо при любом контакте между врачом и пациентом. Какая практика считается приемлемой, зависит от нозологии, формы заболевания, отношений между пациентом и врачом, а также от компетенции последнего. Важно, чтобы онлайн-коммуникация в сфере здравоохранения не стимулировала новое неравенство или непреднамеренно негативно влияла на качество медицинской помощи [15].

Заключение. Формирование межличностного доверия в системе отношений «врач — пациент» является одной из приоритетных задач здравоохранения, поскольку позволяет создавать в дальнейшем практики здоровьесбережения и самосохранительного поведения в условиях ситуации риска. Разработанная модель обработки рисков медицинской реабилитации дает возможность на макро- и микроуровне реализовывать варианты оперативного реагирования и системные действия по управлению рисками доверия к медицине как социальному институту. Особую роль в данном процессе может играть использование современных технологий онлайн-коммуникации, создающих зону комфорта для пациента и позволяющих управлять рисками, с которыми он сталкивается в рамках медицинской практики, и минимизировать уровень страхов, возникающих в процессе подготовки к медицинским вмешательствам и в периоде послеоперационной медицинской реабилитации.

Онлайн-сервисы для пациентов решают важнейшую медико-социальную задачу формирования условий управления медицинской реабилитацией: мониторинга и контроля со стороны медицинских специалистов; дистанционного получения профессиональных консультаций вне зависимости от географического местонахождения; интерактивного информирования о состоянии своего здоровья и психологического статуса, что является основой партисипативности за счет самообучения пациентов, приводящей к повышению их комплаентности; изучение степени удовлетворенности пациентов качеством полученных услуг и выявления недостатков организации медицинской коммуникации. Онлайн-сервисы для пациентов обеспечивают непрерывность, преемственность и доступность медицинской помощи в условиях факторов территориальной удаленности, кадрового и инфраструктурного дефицита без существенных инвестиций в инфраструктуру отрасли, повышая результативность соответствующих программ здравоохранения. Возможности онлайн-сервиса могут быть успешно использованы в эффективной реабилитации пациентов после ресурсоемких операций имплантации, например эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов, что будет способ-

ствовать пролонгированию их трудовой активности, выбору оптимальных траекторий включения в практику социального взаимодействия.

Таким образом, применение сервисов онлайн-коммуникации расширяет возможности управления взаимодействием пациентов и медицинских специалистов на основе превенции рисков доверия к социальному институту медицины, повышая эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий на основе персонализированного подхода к восстановлению социально-профессиональных функций пациентов различных возрастных групп.

Конфликт интересов. Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ, проект №19-013-00766 «Онлайн-коммуникации как фактор повышения эффективности медицинских технологий пролонгирования трудовой активности пациентов».

References (Литература)

1. Nerdrum P, Geirdal AO. Psychological Distress among Young Norwegian Health Professionals. *Professions and Professionalism* 2014; 4 (1).
2. Goold SD. Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1998; 23: 687–95.
3. Luhmann N. *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives.* New York: Basil Blackwell, 1988; p. 94–107.
4. Pearson S, Crane S, Mont MC. Persistent and Dynamic Trust: Analysis of Trust Properties and Related Impact of Trusted Platforms. In: *Trust Management.* Bristol: Springer Berlin, 2005; p. 355–63.
5. Mechanic D. Changing medical organizations and the erosion of trust. *Milbank Quarterly* 1996; 74 (2): 171–89.
6. Mechanic D. Functions and limits of trust in providing medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1998; 23 (4): 661–86.
7. Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine* 2000; 51: 657–68.
8. Perry H, Robison N, Chavez D, et al. Attaining health for all through community partnership: principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America. *Social Science and Medicine* 1999; 48 (8): 1053–68.
9. Fedonnikov AS. Interactive medical and social online communication based service: design and development experience. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ* 2019; 5 (1): 58–68. Russian (Федонников А.С. Интерактивный медико-социальный сервис на основе онлайн-коммуникации: опыт проектирования и внедрения. ОРГЗ-ДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ 2019; 5 (1): 58–68).
10. Chegurov OK, Kolesnikov SV, Kolesnikova ES, Skripnikov AA. Assessment of functional status in patients with different etiopathogenetic variants of stage III coxarthrosis. *Orthopaedic Genius* 2013; (4): 44–7. Russian (Чергуров О.К., Колесников С.В., Колесникова Э.С., Скрипников А.А. Оценка функционального статуса у больных с различными этиопатогенетическими вариантами коксартроза III стадии. Гений ортопедии 2013; (4): 44–7).
11. Suler J. *Psychotherapy in Cyberspace: A 5-dimension model of online and computer-mediated psychotherapy.* 2003. URL: <http://www.rider.edu/~suler/psyber/therintro.html> (available at 11.11.2019).
12. Ahern MM, Hendryx MS. Social capital and trust in providers. *Social Science and Medicine* 2003; 57: 1195–203.
13. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 1980; 10 (3): 365–88.
14. Mechanic D. Issues in promoting health. *Social Science and Medicine* 1999; 48: 711–8.
15. DiMaggio P, Hargittai E. From the “digital divide” to “digital inequality”: Studying Internet use as penetration increases, 2005. URL: http://www.webuse.umd.edu/webshop/research/DiMaggio_Digital_Divide.pdf (available at 11.11.2019).