

## СТАТЬИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

*Дмитрий Rogozin, Александра Ченцова*

### **МАСТЕРА ЗДОРОВЬЯ, ИЛИ КТО ФОРМИРУЕТ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ СТАРОСТИ**

В статье анализируется концепция «мастеров здоровья» — особой категории пожилых людей, формирующих устойчивые практики заботы о себе и окружающих, ориентированные на здоровый образ старости. Эмпирическая база исследования включает четыре фокус-группы, проведенные в июле 2024 г. на базе Российского геронтологического научно-клинического центра с участниками пенсионного возраста, часть из которых имела опыт длительного ухода за возрастными родителями. Авторы выделяют ключевые практики, характеризующие мастерство здоровья: регулярную диспансеризацию, как форму совместного мониторинга, осознанное пищевое поведение, физическую активность, адаптированную к возможностям организма, и интеллектуальную стимуляцию через труд или когнитивные упражнения. Особое внимание уделяется социальному измерению: мастера здоровья воспринимают заботу о себе как вклад в общее благо, демонстрируют исследовательскую позицию, критически переосмысливают предписания официальной медицины и формируют горизонтальные формы экспертности. В теоретическом разделе обсуждаются логика выбора и логика заботы, предложенные Аннмари Мол, а также концепт мастерства в интерпретации Ричарда Сеннета. Противопоставляя индивидуалистическую, стандартизированную модель медицинского взаимодействия

---

Дмитрий Михайлович Rogozin – к.социол.н., зав. Лабораторией полевых исследований ИНСАП РАНХиГС; старший научный сотрудник Института социологии ФНИСЦ РАН, Москва, Россия. ORCID: 0000-0001-7879-1111. Электронная почта: rogozin@ranepa.ru

Александра Александровна Ченцова – мл.н.с., Лаборатории полевых исследований ИНСАП РАНХиГС, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-3890-9274. Электронная почта: alexchentsova@mail.ru

открытым, коллективным и эмпирически обоснованным практикам, авторы демонстрируют, как формируется альтернатива нормативной биополитике старости. Отдельное внимание уделено угрозам развитию мастерства здоровья — дефициту условий для передачи опыта, возрастному барьеру обучения и отсутствию поддерживающей институциональной среды. В заключении формулируется призыв к переосмыслению роли пожилых людей в социальной политике: как активных участников и носителей знания, формирующих не только долгожительство, но и качество жизни.

*Ключевые слова:* здоровый образ жизни, здоровая старость, логика заботы, мастера здоровья, медиализация

Цитирование: Рогозин Д. М., Ченцова А. А. (2025) Мастера здоровья, или кто формирует здоровый образ старости. *Журнал исследований социальной политики*, 23 (2): 213–232.

DOI: 10.17323/727-0634-2025-23-2-213-232

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) давно приобрел статус нормативного, социально и политически одобряемого поведения. ЗОЖ исследуют, рекомендуют, обсуждают (Ермолаева, Носкова 2015; Иванова 2015; Силин, Ковальжина 2017), о ЗОЖе шутят, с ним соотносят свою жизнь представители всех возрастных групп. Пожилые люди, в силу большей зависимости от состояния здоровья, не исключение, а основная целевая группа соответствующей государственной политики, где ЗОЖ выступает условием «здорового долгожительства» (Новоселова 2024; Ростовская и др. 2024: 7). В рамках этой политики созданы Центры здоровья (Минздравсоцразвития РФ 2009), в которых оформляются карты ЗОЖ, реализуются профилактические мероприятия, разрабатываются индивидуальные подходы и формируются отчетные показатели (Модестов, Косова 2012).

За последние десятилетия старость, помимо биологических и социальных описаний, приобрела нормативное измерение, стала предметом институционального нормотворчества. Государственные программы, службы и учреждения четко распределили полномочия, сосредоточившись не столько на субъектах политики ЗОЖ, сколько на формализации межведомственного взаимодействия. Ведомства в этом процессе нередко поглощают и трансформируют общественные инициативы. ЗОЖ в современной России представлен как государственная задача, реализуемая через многофункциональный и стратегический подход: он зафиксирован в дорожных картах и распределен по сферам ответственности различных институтов.

В регламентированном представлении о здоровье теряется человеческое измерение. Стремление к объективности, порядку и дисциплине, приравнивающее субъективное к ошибочному, ведет к расширению нормативных рамок и утрате акторного измерения здоровья. Порой кажется, что здоровый человек, особенно пожилой, воспринимается не как

цель, а как препятствие для выполнения установленных показателей. В логике, где уход понимается исключительно как спасение и экстренная помощь, трудно признать за ним альтернативное значение — как способ жизни, форму повседневного поведения и совместной заботы (Mol et al. 2010: 7).

Как становится возможной здоровая старость? Насколько пожилые люди озабочены своим здоровьем? Что значит быть здоровым, когда недомогания становятся частью повседневности? Каково место самого человека и медицинской организации в поддержании здоровья? Где медицина помогает, а где препятствует? Где проходит граница между свободой и принуждением к заботе о себе? Эти вопросы не теоретические: их ставят и пожилые, и их семьи. Вопросы здоровья остаются одними из центральных в общественном сознании. Цель статьи — преодолеть нормативность, обозначить проблематичность очевидного и осуществить феноменологическую редукцию повседневности здоровья в старости.

### **Метод исследования**

За ответами на вопросы о здоровье в старости мы обратились к людям, которые не только сталкиваются с этими вызовами, но и успешно решают их в повседневности — через собственные поступки, осмысленные решения и взаимодействие с медицинскими учреждениями. С 4 по 12 июля 2024 г. на базе Российского геронтологического научно-клинического центра проведены четыре фокус-группы с клиентами, проходившими плановые медицинские осмотры. Каждая сессия продолжалась около полутора часов, велась аудио запись, позднее транскрибированная с использованием искусственного интеллекта ChatGPT. Все расхождения и ошибки транскрипции проверялись и корректировались вручную. В выборку включались участники пенсионного возраста; первые две группы формировались из тех, кто имел опыт совместной жизни с родителями-долгожителями (старше 90 лет). Все четыре группы включали по восемь человек: первая — равное количество мужчин и женщин (59–75 лет), вторая — преимущественно мужчины (в возрасте 61–73 лет), третья — исключительно мужчины (65–75 лет), четвертая — снова гендерно сбалансированная (61–73 года).

В выборку намеренно включено больше мужчин (около двух третей участников), поскольку эта группа традиционно менее достижима в исследованиях, а ее аргументация в вопросах здоровья сложнее поддается интерпретации. Фокус-группы проводились в помещении геронтологического центра, приглашения участникам направлялись через врачей. Участники оказались не только лояльны к медицине, но и активно включенными в медицинскую практику: они интересуются современными методами лечения, участвуют в исследованиях, хорошо осведомлены о состоянии собственного здоровья и здоровье близких. Это позволяет говорить о сформированном у них мастерстве заботы о себе — и называть

их мастерами здоровья. Первоначальная установка на информированных и мотивированных пожилых участников подтвердилась: стратегия отбора через медицинский персонал обеспечила высокое совпадение между проектируемой и реализованной выборкой по критерию ответственного отношения к здоровью.

Гайд фокус-групп включал четыре тематических блока: знакомство, отношение к своему здоровью, отношение к медицине, представления о будущем и старости. В статье основное внимание уделяется двум темам, наиболее релевантным задачам исследования: восприятию собственного здоровья (оценка состояния, наличие хронических заболеваний, частота обследований) и отношениям с медициной (доверие к врачам, эффективность системы, распределение ответственности между пациентом и специалистом).

### **Отношение к своему здоровью и представления о здоровом образе жизни**

Проведение фокус-групп сопровождалось нашими размышлениями о книге Ричарда Сеннета «Мастер» (Сеннет 2018), в которой поднимается ключевой для современного общества, ориентированного на труд и развитие, вопрос: что такое мастерство и как человек становится мастером? Сеннет рассматривает этот процесс в контексте товарного производства и промышленных технологий, подчеркивая при этом, что мастерство выходит за пределы физического труда, охватывая также профессии, основанные на опыте и навыках, включая даже гражданственность (Там же 2018: 18). Это позволяет говорить о мастерстве не только применительно к работающим, но и к тем, кто покинул сферу хозяйственной активности и часто воспринимается как объект помощи, а не как активный субъект. Развивая логику Сеннета, мы предложили смотреть на старость не как на время утраты, а как на форму мастерства. Эта перспектива поначалу казалась непривычной, но именно она проявилась в ходе наших обсуждений на фокус-группах: наши собеседники говорили о жизни, а не о доживании, о деле, а не о досуге.

Первое наблюдение, характерное для интервью с пожилыми, но часто игнорируемое как незначимое, трактуемое как социально одобряемое или вежливое речевое поведение — это взвешенное, уточняющее и позитивное отношение к собственному здоровью: *«В каждом органе есть какие-то отклонения... учитывая мой возраст, <...> чувствую себя вообще прекрасно, хорошо. Ну, если, там, где-то что-то хрустнуло, это нормально»* (ж., 69 л.). *«Для своего возраста — нормально»* (м., 73 г.).

Позитивный и деятельный взгляд на здоровье сохраняется даже в случае тяжелых заболеваний. Участники охотно рассказывают о своем опыте, но не в терминах борьбы — скорее в логике сосуществования: с болезнями живут, их изучают, с ними договариваются:

Онкология, соответственно, лучевая, химия, это все. Вот, потом немножко обострение, даже не немножко, 22-й год, опять химия, волосы еще не отросли. И вот на этой, после лучевой развился артрит, не простой, а псориатический (ж., 60 л.).

Все болит <...> последние три года прям посыпался <...> [До инсульта] все шикарно, прекрасно было (м., 75 л.).

Подобное отношение к здоровью не было присуще нашим собеседникам в молодости. Оно сформировалось сравнительно недавно — с осознанием приближения старости и появления первых признаков ухудшения самочувствия. Почти все называют одну и ту же возрастную границу — около 60 лет — как момент перелома. Каждый вспоминает значимое событие, кризис или приступ, после которого отношение к себе и телу изменилось. Это был выбор: наблюдать и адаптироваться к новому состоянию или продолжать игнорировать происходящее. Причем ключевым элементом этого нового отношения становится не лечение, а профилактика: *«Сейчас я уже понимаю, что надо профилактить больше, а потом не лечить и не говорить, как вот, откуда же инсульт или инфаркт? <...> Надо было давно начать»* (ж., 69 л.).

Второе важное наблюдение — почти все информанты считают регулярную диспансеризацию необходимой практикой поддержания здоровья, подчеркивая, что проходить ее следует даже при отсутствии жалоб: *«В 45 уже мужчинам рекомендовано проходить диспансеризацию, и не ждите, что вас пригласят. Женщин приглашают, вас — нет»* (ж., 70 л.). По Ричарду Сеннету, мастерство формируется не через чтение, а в ходе регулярного наблюдения, личного участия и рутинных, отточенных действий (Сеннет 2018: 283). Для мастеров здоровья диспансеризация — не просто медицинская процедура, а форма осмысленного самонаблюдения, сопряженного с практикой взаимодействия с врачом. Критериями такого мастерства становятся не только знание заболеваний и способов их профилактики, но и регулярность наблюдения, критичность по отношению к диагнозам, умение выстраивать диалог с медицинской системой. Это не передача ответственности специалисту, а совместный процесс заботы и профилактики.

Третье наблюдение касается роли питания. Среди повседневных практик, способствующих поддержанию здоровья, информанты особенно подчеркивают важность контроля за рационом: *«Скинул 25 килограммов <...> без каких-либо усилий <...>. Просто я изменил режим питания и получил удовольствие <...> от своей жизни», «чувствую себя прекрасно»* (м., 60 л.). Фраза «ты — то, что ты ешь» точно выражает идентичность мастера здоровья. Осознанное пищевое поведение часто начинается по медицинским показаниям — при повышенном холестерине или диабете — но с течением времени перерастает в устойчивую практику, становясь элементом образа жизни, а не просто способом коррекции биомаркеров.

Четвертое наблюдение связано с физической активностью. Участники фокус-групп, как и их ровесники в других странах (Huibholt, Spotswood 2025), подчеркивают важность регулярного движения и упражнений: «Сел на велосипед, вроде бы пытаюсь мышцы разогнать» (м., 71 г.), «Последние тридцать лет я каждую субботу хожу в походы выходного дня» (м., 63 г.) «У меня сустав коленный болит, мне тяжело ходить, но я все равно хожу. Я живу рядом с лесом, пять с половиной тысяч шагов туда и обратно, до пруда, ну хотя бы это» (ж., 65 л.) Критерии выбора «своего» вида активности респонденты формулируют через наблюдение за телом, а не по универсальным нормам: «... [нужен] отступательный момент, ту практику, которую ты практикуешь и с теннисом, и которая тебе позволит быть на уровне физическом здоровья, ну, и эмоционально» (м., 72 г.).

Пятое наблюдение касается когнитивного здоровья, которое собеседники рассматривают как неотъемлемую часть здорового старения. Поддержание ясности ума и профилактика когнитивных нарушений стали предметом оживленной дискуссии в фокус-группах. Помимо физической активности, участники подчеркивают важность интеллектуальной нагрузки — будь то работа или специальные упражнения:

Тест у меня лежит с утра до вечера и смотрит телевизор. Он уже все, он уже ничего. И явно видно, вот как деменция, когда человек перестает работать, активный, так сказать, образ жизни вести. И у него все это проявляется. Это резко проявляется, этот факт <..> важно заниматься, мой папа и за компьютером работает, и чертит на компьютере (м., 60 л.).

Здесь я по линии мамы — 96 лет. Вполне сохранная. Она бухгалтер. Мне кажется, это ее профессия на нее оказала просто необыкновенное влияние. То есть, до сих пор я ей выписываю три газеты. Она их читает. Ей все это интересно (ж., 70 л.).

Фиксируя на первый взгляд очевидные суждения респондентов, мы постепенно настраиваем аналитическую оптику на различение признаков мастерства. Позитивное отношение к здоровью, регулярное наблюдение (в том числе через диспансеризацию), регулируемое питание, физическая и ментальная активность образуют устойчивую основу того, что можно назвать мастерством старения. Удивляет степень осмысленности и внутренней аргументированности этих практик. Вероятно, сама форма отбора в исследование — участие наиболее активных клиентов геронтологического центра — способствовала формированию сообщества, ориентированного на заботу о здоровье.

При этом забота о себе у пожилых респондентов носит не индивидуалистический характер, как это часто предполагается в молодежной культуре самосовершенствования, а социально ориентированный. Забота в зрелом возрасте связывается вовлеченностью в отношения и с ощущением собственной нужности. Один из участников прямо указывает на важность внешней признанности:

Вы неправильно сделали акцент <...> Я читал статью — несколько — про наших женщин за сто лет в Москве. Две из них были обыкновенными хозяйками в семье, они готовили, стирали, убирали, никакого интеллектуального труда. Но! Те женщины с детства чувствовали, что они нужны тем людям, кому они помогают, они искренние этим людям помогали. Это чувство, что она нужна, вот ее деятельность нужна, имеет значение (м., 69 л.)

В логике заботы, как подчеркивает Аннамари Мол (Mol 2008: 58), отправной точкой являются не отдельные индивиды, а коллективы, в которые они включены. Забота предполагает внимание к привычкам и контексту жизни других, а не навязывание решений или лишение автономии. Здоровье в медицинском смысле — лишь один из факторов, и далеко не всегда определяющий для благополучия и долголетия. Респонденты подчеркивают, что важнее — чувство счастья и реализованности:

Мы с вами представляем себя не просто генетически чистым материалом, а на нас влияет, естественно, счастье нашей жизни. В какой среде мы родились, где мы жили, какое у нас образование, получилось ли у нас счастье в жизни от личных отношений, от того, что мы попали в профессию в правильную? Это все в определенном смысле считается (м., 69 л.)

Быть счастливым — это самое главное. Я сейчас не говорю никогда о здоровье: могу о живописи, о музыке, для меня как-то неактуально стоит вопрос о здоровье (м., 72 г.)

Мотив заботы о себе ради собственного благополучия — наименее распространенный среди тех, кого мы стали называть мастерами здоровья. Гораздо чаще звучат мотивы, связанные с общественной пользой и заботой о других. Один из таких мотивов — исследовательский: респонденты наблюдают за своими физиологическими показателями, проводят эксперименты, формируют доказательную базу.

Давление себе я меряю регулярно не с испугу, а по воздействиям. У меня есть развлечение — голодание, если я голодаю, ну, например, давление 130 в начале — ну как, утром встал померил. У меня были периоды голодания где-то уже больше 20 дней, когда у меня давление уходило до 90 на 60 (м., 72 г.)

Интерес к науке объясняет и участие в исследовании: *«Здесь я нахожусь только по той причине, что мне просто интересна научная сторона подхода. Мне интересно, кто собирает нашу информацию, как ее обрабатывают. Мне интересно, что с этим будет»* (м., 69 л.)

Приверженность исследовательской установке особенно характерна для участников с инженерным или техническим образованием. Такие респонденты подчеркивают, что их профессиональный опыт помогает лучше понимать физиологические процессы и критически относиться к шаблонным решениям медицины:

Инженеры все-таки обучены несколько иначе, чем врачи. Они понимают механизмы. Врачи не совсем всегда понимают механизмы. Я не про всех врачей, конечно, говорю. Но все-таки большая часть врачей научены работать по некоторым шаблонам. <...> А процессы, которые у нас происходят, они более невидимые, более взаимосвязанные (м., 69 л.).

Наряду с этим проявляется и другая логика — логика долга, при которой забота о себе подчинена заботе о близких. Так, одна из участниц описывает, как изменила всю свою жизнь, ухаживая за матерью с деменцией:

Мне ее оставлять надолго [нельзя]. И о себе как-то нет времени подумать <...> я уставать стала, я чувствовала, у меня какое-то было время выгорание, потому что я почувствовала в какой-то момент, что я уже падаю <...> Я ходила в бассейн до определенного времени. Сейчас я ничем не могу заниматься. Я ходила на концерты, в театры. Потом в театры невозможно было ходить (ж., 65 л.).

Долг в интерпретации респондентов проявляется не как внешнее принуждение или выполнение заранее заданной цели, а как форма жизни, основанная на наблюдении, эксперименте и участии. Обязанность по отношению к себе своему окружению рождается не из подчинения внешней экспертизе, а из критической позиции и постоянной проверки гипотез, формируемых в процессе самонаблюдения. Такой подход контрастирует с бюрократической логикой, господствующей в государственных программах: «Бюрократы не желают сделать ни шагу, пока им не разметят наперед все цели, процедуры и желательные результаты» (Сеннет, 2018: 34–35). В рамках закрытого медицинского знания, исключая эксперимент и развитие навыков, старость приравнивается к болезни, а пожилые — к пациентам. Однако респонденты демонстрируют иную позицию: они — не пациенты, а активные участники и проводники здорового образа старости, как собственной, так и близких: «*То, что вы не смотрите, не делаете анализы для себя, будет влиять на ваших детей, на ваших внуков, потому что вы не дадите им информацию нужную*» (категория Y, м., 69 л.)

В этой перспективе переосмыслиется субъектность пожилого человека. Нemoшь и постепенное угасание предстает не как цепь утрат, а как форма познания — эксперимент и наблюдение за собственным телом. Мастера здоровья оказываются одновременно мастерами жизни. В таком качестве старость утрачивает облик жалкого и пугающего периода, превращаясь в этап созидания, активности и исследовательского отношения к себе и миру.

### **Отношение к медицине и медицинским обследованиям**

Ричард Сеннет отмечает, что медицина все чаще работает по логике ремонта — как если бы имела дело не с людьми, а с деталями автомобиля: ее интересуют опухоли и переломы, но не сам больной (Сеннет 2018: 56). В условиях цифровизации и стандартизации (Воробьев 2007; Сосновская 2007)

эта тенденция усиливается: внимание смещается с диагностики и наблюдения на оформление симптомов, выполнение регламентов и отчетность. Вместо участия — процедура. Тем не менее позитивное отношение к медицине не является маргинальной позицией среди респондентов. Некоторые положительно оценивают организационные изменения в московских поликлиниках:

Мне нравится, как сейчас организована поликлиника, и я даже удивлен был, что мне периодически звонят из поликлиники и говорят, нет ли у вас каких-то там просьб, или вам не нужно ли вас куда-то записать. В советское время такого не было (м., 60 л.)

Это особенно значимо на фоне устойчивого доминирования критических оценок системы здравоохранения в России. Большинство исследований и аналитических обзоров фиксируют преобладание жалоб на качество медицинской помощи (Хабриев и др. 2014). Согласно опросу, 65% респондентов считали, что качество услуг в государственных больницах и поликлиниках остается низким (ВЦИОМ 2015). Доверие к государственным медицинским учреждениям, достигнувшее пика в том же году (65%), к 2023 г. снизилось до 46%, тогда как доверие к частным учреждениям выросло с 17% до 26% (ФОМ 2023). Аналогичную тенденцию отражают и более свежие данные: в крупных городах положительно оцениваются организационные аспекты — соблюдение протоколов, доступность записи, — но не качество диагностики и выбранного лечения (Каменских, Ермакова 2024). Профилактические услуги оцениваются выше, чем лечебные, а само качество медицинской помощи все чаще сводится к качеству приема, а не к его результату (Мушников и др. 2024).

Наряду с критикой информанты нередко отмечают и профессионализм отдельных врачей, особенно хирургов. Положительные оценки часто связаны с конкретными, драматичными случаями успешного вмешательства:

Он [отцу на тот момент было 92 года — Прим. автор.] упал, перелом шейки бедра, вызвали скорую, операцию сделали. Он пошел на второй день. Значит, через неделю его выписали, все. А подруга во Франции, у нее знакомая поехала в Швейцарию замену шейки бедра делать, сустав, и не прижился. Мы ей говорим, пусть твоя француженка приезжает в нашу двадцатую больницу (ж., 61 г.).

Моя мама упала и голову сильно рассекла. И открытый перелом руки. Я думал, честно говоря, не выживет, потому что 95 лет. И, знаете, как в кино показывают, там, вот, скорая приехала, тут же привезли в больницу, тут же сделали анализ крови, тра-та-та-там, быстро, тут же рентген, тут же операцию сделали (м., 60 л.).

Однако положительная оценка системы в целом встречается гораздо реже. Доверие к врачам чаще выражается как исключение, связанное с личным опытом: *«Я врачам доверяю, даже вот и Машу [дочь информантки,*

умерла от рака — Прим. автор.] оперировали, прям для меня они боги» (категория X, ж., 66 л.) Чаще всего контакт с внимательным и вдумчивым специалистом воспринимается как редкая удача:

Мне позвонили и сказали: нужно пройти диспансеризацию после ковида. Пришла, сдала кровь, пошла к этому врачу. Он смотрит анализ крови и говорит: «А мне недостаточно этого анализа. Мне нужно, чтобы вы сделали развернутый анализ крови». Я говорю: «С удовольствием, доктор». Он мне назначил. Я пришла, после этого поговорили с ним. И я ушла от него удовлетворенной. Сейчас больше я, конечно, не ходила. Нет, а потом мне нужно было сделать УЗИ. Я к нему пришла, я говорю: «Я не могу записаться». Целый месяц не могла записаться. Так он меня записал. Это тоже ведь свидетельствует отношение (ж., 65 л.).

Несмотря на наличие хороших специалистов, получить качественную медицинскую помощь в России, по мнению респондентов, затруднительно без финансовых ресурсов, личных связей или публичного статуса (Шишкин 2003; Чирикова, Шишкин 2014). Один из участников описывает это через метафору неравенства доступа:

Я недавно услышала такое выражение — «две медицины в одной стране». Смотрите, блогер, у него тяжелая стадия, все. Но он за счет этого, его вытаскивают. С тяжелой формой. Такая медицина у нас хорошая. Хорошо быть знаменитым блогером (ж., 60 л.).

Позитивные и критические отклики о работе врачей, зафиксированные в интервью, слабо соотносятся с актуальной политикой клиентоориентированности, предполагающей свободный выбор поликлиники, врача и оценку качества обслуживания. Аннмари Мол называет такой подход «логикой выбора», при которой медицинская помощь приравнивается к рыночной услуге, а пациент изначально наделяется позицией эксперта и ответственностью за правильное использование предложенных опций (Mol 2008: 3). Идеал индивидуального выбора продвигается во всех сферах — от образования до бытового ремонта. Однако такая модель является несостоятельной: в условиях болезни человек чаще оказывается растерянным, подавленным, слабо информированным не только о вариантах лечения, но и о самой возможности выбора. Современные исследования медицины подтверждают: автономия тела и рациональность пациента далеко не всегда реализуются в медицинской практике (Entwistle et al. 2010).

Качественная медицинская помощь — это не рыночный товар, а форма человеческих, вне рыночных отношений. Лечение представляет собой вмешательство не только в ткани тела, но прежде всего в человеческую жизнь (Мол, Ло 2017). А. Мол называет такую перспективу «логикой заботы» и противопоставляет ее доминирующей в официальной медицине «логике выбора». Забота — это не продукт и не транзакция, а открытый, неограниченный процесс взаимодействия, в котором результат достигается через

совместные усилия (Mol 2008: 18). Именно в логике заботы становится возможным формирование мастерства здоровья — как устойчивой практики наблюдения за собой, профилактики и участия в заботе о других.

Логика выбора исходит из представления о человеке как автономном индивиде, тогда как логика заботы акцентирует его включенность в социальные связи (Лехциер 2019). Первая конституирует роль индивидуального потребителя, вторая — социального близкого. В логике заботы профилактика и лечение становятся результатом совместного планирования, учета контекста и согласованных действий. Именно в таком взаимодействии формируются поведенческие практики, поддерживающие и профилактирующие здоровье пожилых.

Регулярные медицинские обследования рассматриваются информантами как важный элемент профилактики. Те, кто положительно относится к этой практике, подчеркивают ее роль в раннем выявлении заболеваний:

Четыре года назад [диагностировали преддиабет]. По анализам. Вот раз в год я сдавала просто анализы. Гликированный гемоглобин. Уже после 60-ти нам рекомендовано это все сдавать. И, соответственно, отправили к эндокринологу, а он сказал: шесть и четыре, я вас поставлю на учет (ж., 70 л.).

Анализы позволяют определять риски, которые можно контролировать путем изменения питания, физической активности и других повседневных практик:

Вот твои риски, ты должен над этими рисками работать. Твое здоровье будет лучше, если ты решишь проблему вот с этим риском. Твоя функциональность будет лучше, ты будешь активнее, ты будешь здоровее, есть модифицируемые риски, их можно исправить (м., 74 г.).

Еще одно направление — формирование у респондентов систематического взгляда на медицину, как на гарант научной достоверности. Официальная медицина воспринимается как институт, защищающий от непроверенных и потенциально опасных вмешательств:

Медицина — это в некотором смысле наш защитник. Она не допускает непроверенные вещи. Если сегодня всех наших врачей, даже успешных, запустить в медицину официально, я более чем уверен, погибнет очень много людей. И погибнет не потому, что врачи эти плохие, а у них тоже нет учета вот этой индивидуальности достаточного. А настоящая медицина — все-таки научная медицина, она это учитывает (м., 69 л.).

Наряду с этим звучит и критическая позиция — как продолжение научного отношения. Некоторые информанты проводят границу между медициной и здоровьем, указывая на склонность медицины к лечению симптомов, назначению препаратов и хирургическим вмешательствам. Одной из наиболее частых претензий становится избыточная медикализация:

У меня с молодости холестерин повышенный, и они мне говорят, ну, статины, обязательно статины. У вас, говорит, хорошая печень, можете пить статин. У меня был вопрос, в смысле, вы вот насторожили: значит, печень нормальная — вы можете пить статины (ж., 70 л.)

Моей маме дают пять или шесть лекарств как же, это же влияет на печень — все эти лекарства, а врач говорит, либо печень, либо сердце, так сказать (м., 60 л.)

В этом контексте «официальная» медицина подвергается критике за однобокий клиническоцентричный подход. Респонденты отмечают приоритет лечения над профилактикой и фрагментарное видение пациента: «*Фактически сейчас развивается клиническая компонента в ущерб профилактической*» (м., 74 г.), «*Врачи решают следствие, они не рассматривают человека как систему*» (м., 72 г.)

Особое возмущение вызывает стандартизация лечения, воспринимаемая как противоположность индивидуальному подходу. Пациенты сталкиваются с тем, что врач действует не по ситуации, а по инструкции:

Я к врачам нынешним особо не бегаю, потому что знаю, что вся медицина построена на определенных инструкциях, редко есть специалисты, которые работают, как вот у них призвание. Они в основном инструкцию выполняют, и все. Приходишь с твоими проблемами, они тебе там назначают какие-то, и все (ж., 65 л.)

В медицину приходит шаблон, не диагностика конкретного индивида. Слово «индивид» — это святое. Нет общего. Поэтому человека нужно обследовать индивидуально. Вспомните, как принимают стандартные врачи. У них очень маленькое время на прием пациента, они быстренько отработали и убежали. Никто ничего не понял. Ни те не поняли, ни эти не поняли (м., 69 л.)

Характерная особенность респондентов — конструктивная критика. Так, участник, цитировавшийся выше, не просто выражает недовольство, но предлагает решение:

Мы все должны ходить с «личным ангелом», который контролирует наши параметры. До того, во время того и после того. И вот тогда мы можем набрать статистику для сбора семейного анамнеза. То, чем болели ваши предки, кем они были вот это все влияет (м., 69 л.)

Вместе с тем звучит обеспокоенность равнодушием врачей к пожилым пациентам, которое иногда переходит в откровенное пренебрежение: «*Мать в 94 года пришла к участковому, ой, ты же живая, я думал, ты уже умерла*» (м., 73 г.). Респонденты также указывают на некомпетентность медицинского персонала, особенно в государственных учреждениях: «*Я когда пришел в поликлинику, она мне так, ну, первый лист еще, ладно, где там общий — лейкоциты, а следующие листы — она так смотрит. "Для чего?" Я говорю: "А я тоже не знаю, для чего"*» (м., 64 г.), «*В районные поликлиники лучше не ходить. Если только выписать лекарство*» (м., 63 г.).

Критическое отношение к «официальной» медицине сочетается у участников фокус-групп с интересом к альтернативным формам лечения. Аннмари Мол подчеркивает, что специалисты в области ухода не должны испытывать фрустрацию при столкновении с расхождением между строгими теоретическими моделями и реальными, сложными практиками заботы (Mol 2008: 43). Это касается и разрывов между официальной и народной медициной, которые в конкретных ситуациях ухода могут сосуществовать и пересекаться. Внимание к этим формам — часть «логики заботы», ориентированной не на соблюдение протокола, а на практическое улучшение жизни пациента. Для мастеров здоровья важно подчеркнуть осмысленность своего выбора — даже если он выходит за пределы признанных протоколов. Такая позиция чаще всего встречается у респондентов с высшим образованием, особенно с инженерным или техническим бэкграундом. Один из участников так описывает свой опыт лечения:

У меня псориаз. Я начал подходить сначала несистемно к этому делу. Обратился в стандартную клинику, еще куда-то, еще куда-то. Потратил много денег. Ничего не получилось. В итоге помогла биорезонансная аппаратура. В этой теме есть очень много лжи. И до сих пор я пока еще не могу однозначно сказать, что это технология. <...> Медициной я считаю и всех знахарей, которые работают успешно, — это тоже медицина. Нельзя обзывать — никакие это не альтернативщики. Это обыкновенная медицина. Ну, просто есть более традиционные методы, есть менее. Ну, или принятые методы, есть непринятые методы. Непринятые — просто менее исследованные (м., 69 л.).

По мнению информантов, важно принимать личную ответственность за свое физическое и ментальное благополучие, не перекладывая всю вину за проблемы на врачей. Они не только критически оценивают устройство сферы здравоохранения, но и осознают перформативный потенциал собственных действий. Такая установка объясняет их готовность участвовать в исследованиях, а иногда и инициировать их.

Когда начинаешь уповать на врачей и переносить свои проблемы, которые ты должен решать, на обращение к врачам это можно рассматривать как помощь для твоих поисков (м., 72 г.). Вот мы сайт вот сделали, вот наша общественная организация [информант учредитель организации по здоровому образу жизни среди пожилых граждан — Прим. автор.], и у нас на первой странице цитата из Амосова: «Врачи лечат болезни, а здоровье нужно добывать самому» (м., 74 г.).

В другом случае респондент выражает признание своей субъектности через обращение к медицинскому дискурсу — тому самому, который часто наделен властью и способен подавлять альтернативные способы мышления о здоровье. Однако и в этой логике человек может найти ресурс для сопротивления и самоопределения: *«Человек болеет не от того, что он просто болеет, а он программирует себя на болезнь, а не на здоровье. Пространство ты сам должен формировать вокруг себя»* (м., 72 г.)

Информанты воспринимают свою активность не только как способ заботы о себе, но и как вклад в трансформацию сферы здравоохранения. Такая агентность проявляется, в частности, в комплементарной по отношению к официальной медицине деятельности — самостоятельной организации систематических наблюдений за здоровьем:

Каждый анализ — вот есть показатели и референсные нормы. Но нужно же понимать, что референсные нормы — это не есть медицинские обоснованные нормы, люди должны разбираться в общем анализе крови. Это вот 1, 2, 3, 4 — это вот участники, которые мне прислали результаты своих анализов. Я их обработал на *Excel*, посмотрел, где у них проблемы. И мы такую обезличенную как бы картинку обсуждаем. Каждый знает вот свой номер и знает свои проблемы. Смотри, у тебя дефицит железа. Из-за этого у тебя развивается анемия. Из-за этого ты задыхаешься. Вот раньше человек это не знал, и он вроде как хотел заниматься спортом, и что-то ему препятствовало (м., 74 г.)

При этом для многих первичной потребностью оказывается вовсе не контроль за показателями здоровья, а поддержание социальных связей и преодоление одиночества. Главным ресурсом долголетия становится чувство нужности и включенности в круг близких. Один из респондентов приводит слова своего 95-летнего отца: *«Мой отец прожил пять лет, потому что я за ним ухаживал хорошо, адекватно, и он мне сам честно говорил: "Вот, был бы сейчас я в другой среде, у меня смысл теряется всей жизни. Но с тобой я чувствую, что я нужен"»* (м., 69 л.)

### **Носители здорового образа старости**

Через позитивное отношение к здоровью, активное взаимодействие с медициной и участие в профилактических обследованиях формируется то, что можно назвать мастерством здоровой старости — устойчивой практикой, определяющей идентичность мастеров здоровья. Их мотивация основана не на страхе болезни и не на стремлении избежать бремени ухода, а на любопытстве, жажде знаний и стремлении к участию в производстве научного знания через наблюдение за собственным телом. Основной модус их действия — эксперимент, предполагающий готовность к ошибкам и отказ от универсальных рецептов. Они не верят в единые шаблоны диагностики и лечения, предпочитая адаптацию и поиск индивидуальных решений.

Для них характерно интегральное восприятие тела и разума: физическая активность осмысливается как часть ментальной гигиены, а спорт — как элемент повседневной практики, необходимый для поддержания жизненного тонуса. Мастера здоровья ориентированы на социальное участие: они стремятся делиться опытом, создавать сообщества, формулировать и поддерживать стандарты качества повседневных практик. По Сеннету, их можно назвать социально ориентированными экспертами, объединяющимися для

фиксации норм добросовестной работы (Сеннет 2018: 262). Важным источником устойчивой мотивации становится умение соотносить цели с собственными ресурсами и ограничениями, избегая перфекционистской гонки за идеальным результатом. Кроме того, они разделяют научный подход к телу: практикуют наблюдение, критически оценивают назначения, стремятся к самостоятельному осмыслению профилактики и лечения.

Вместе с тем в развитии мастерства здоровья заложено внутреннее противоречие, которое может подорвать саму возможность его распространения. У большинства собеседников поворот к телу произошел не в результате планомерного обучения, а как реакция на пережитую болезнь или первые признаки физической уязвимости. Возрастной рубеж — около 60 лет — в общественном сознании не ассоциируется с возможностью освоения нового. Между тем, как подчеркивает Ричард Сеннет, в любом подлинном мастерстве необходимо присутствие старшего, носителя стандарта и источника обучения (Сеннет 2018: 64). Обучение предполагает подражание, повторение, передачу знаний из рук в руки. Однако сфере здоровья такой передатчик почти отсутствует: врачи, обладающие необходимой экспертизой, в большинстве случаев не проявляют заинтересованности в этом процессе. Пожилые люди, оказавшись без наставников, опираются на собственный опыт, интуицию, инженерную логику, заимствуют навыки из прошлой профессиональной жизни, но не учатся у более осведомленных. Таким образом, главная угроза здоровой старости — это не болезни как таковые, а дефицит мастеров и невозможность институционализированной передачи опыта в сфере ухода и профилактики.

Мастера здоровья, с которыми мы встретились в ходе фокус-групп, поразили здравомыслием, жизнелюбием и продуктивной критичностью. Однако они словно возникли из ниоткуда — и при отсутствии поддержки и признания рискуют так же незаметно исчезнуть. Во многом это связано с тем, что мастер здоровья — не просто индивидуальный типаж, а социальный конструкт. Невозможно быть мастером «для себя»: мастерство предполагает направленность вовне, на других. В этом смысле мастер здоровья — фигура, близкая к агенту долговременного ухода (Buch 2015), человек, включенный в заботливое сообщество (Сеннет 2018: 75).

Кроме того, в условиях хронической болезни целью становится не здоровье как восстановление нормы, а «хорошая жизнь» (Mol 2008: 19). Она не подлежит стандартизации и не сводится к биомедицинским показателям. Скорее, речь идет о поиске баланса между долголетием и счастьем, о формировании здорового образа старости как вариативной, но осмысленной жизненной стратегии. Осознание этой двойственности — ключ к пониманию мастерства здоровья.

В работах Аннмари Мол, посвященных старости и заботе, прослеживается глубокое родство с идеями Ричарда Сеннета. Оба автора выступают против механистического, процедурного и индивидуалистического

понимания здоровья, которое воплощается в логике выбора. Вместо этого они предлагают органическую, коллективную и дискурсивную логику заботы, при которой человек не остается один на один с болезнью, не вынужден делать выбор в условиях неопределенности и не подчиняется жестким административным сценариям. Логика заботы у Мол становится методологической основой для понимания мастерства по Сеннету — как формы, в которой возможно становление мастеров здоровья и формирование здорового образа старости.

В противоположность этому, современная социальная политика в России продолжает реализовываться по модели пропаганды, стимулирования и нормативного принуждения к «правильному» образу жизни. В этой модели государственные акторы, эксперты и врачи играют ведущую роль, а пожилым людям отводится позиция реципиентов, способных лишь принять или отклонить предложенные рецепты. Однако без их активного участия и без признания ценности прожитого опыта такие трансформации оказываются поверхностными. Старение требует не универсальных решений, а осмысленного проживания жизни с болезнью. В этом контексте роль государства — не в навязывании норм, а в создании коммуникативной среды, поддерживающей практики наблюдения, экспериментирования и адаптации.

Основная задача социальной политики здоровой старости — это не управление телами, а формирование и развитие экспертного общества пожилых, где основные инструменты — поддержка горизонтальных связей, включение старших поколений в разработку программ профилактики, признание альтернативных форм медицинского знания и приоритет доказательной, эмпирически обоснованной практики. Самое важное — это поддержка, развитие и публичное признание движения мастеров здоровья, как носителей знания, опыта и способных к заботе — о себе, о других и о будущем.

### **Выражение признательности**

Статья написана в рамках выполнения государственного задания РАНХиГС на 2025 г.

### **Материалы для анализа**

ВЦИОМ (2015) *Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов*. Доступно по ссылке: <https://gclnk.com/QD7ilnJ3> (дата обращения: 10 февраля 2025).

Минздравсоцразвития РФ (2009) *Приказ «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»*, № 597 от 19.08.2009.

ФОМ (2023) *Государственные vs частные медицинские учреждения: Каким медицинским учреждениям люди доверяют больше?* Доступно по ссылке: <https://fom.ru/Zdorovei-sport/14896> (дата обращения: 10 февраля 2025).

**Список источников**

- Воробьев П. А. (2007) Стандартизация в медицине: в русле реформ. *Ремедиум*, (6): 14–17.
- Ермолаева П. О., Носкова Е. П. (2015) Основные тенденции здорового образа жизни россиян. *Социологические исследования*, (4): 120–129.
- Иванова А. Е. (2015) К оценке результативности мер по формированию здорового образа жизни. *Социологические исследования*, (11): 132–138.
- Каменских О. Д., Ермакова А. А. (2024) Социальное доверие к системе здравоохранения г. Перми. *Формирование гуманитарной среды в вузе: инновационные образовательные технологии. Компетентностный подход*, (1): 164–167.
- Лехциер В. Л. (2019) Логика заботы versus логика выбора в современных концепциях медицинской практики. *Интеракция. Интервью. Интерпретации*, 11 (20): 36–53.
- Модестов А. А., Косова С. А. (2012) Центры здоровья, как связующее звено в организации профилактической помощи детям в России. *Тюменский медицинский журнал*, (2): 7–8.
- Мол А., Ло Дж. (2017) Воплощенное действие, осуществленные тела: пример гипогликемии. *Логос*, 27 (2): 233–262.
- Мушников Д. Л., Олейник А. В., Ананьина Л. Г. и др. (2024) Мнение пациентов о доступности, качестве и результативности медицинской помощи. *Медико-фармацевтический журнал Пульс*, 26 (1): 58–64.
- Новоселова Е. Н. (2024) Здоровье в пожилом возрасте: стереотипы и объективные показатели. *Вестник Московского ун-та. Серия 18: Социология и политология*, 30 (1): 32–52.
- Ростовская Т. К., Шабунова А. А., Абдульязнов А. Р. и др. (2024) *Демографическое самочувствие регионов России*. Национальный демографический доклад — 2023. Вологда: Вологодский научный центр.
- Сеннет Р. (2018) *Мастер*. М.: Стрелка Пресс.
- Силин А. Н., Ковальжина Л. С. (2017) Здоровый образ жизни в Тюменском регионе. *Вестник Института социологии*, 8 (2): 96–107.
- Сосновская Е. В. (2007) Актуальные вопросы управления качеством медицинской помощи. *Казанский медицинский журнал*, 88 (5): 215–218.
- Хабриев Р. У., Линденбратен А. Л., Комаров Ю. М. (2014) Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 22 (3): 3–5.
- Чирикова А. Е., Шишкин С. В. (2014) Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: Векторы изменений. *Мир России*, 23 (2): 154–182.
- Шишкин С. В. (2003) Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. *Журнал исследований социальной политики*, 1 (1): 107–127.
- Buch E. D. (2015) Anthropology of Aging and Care. *Annual Review of Anthropology*, (44): 277–293.
- Entwistle V. A., Carter S. M., Cribb A., McCaffery K. (2010) Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-Patient Relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (7): 741–745.
- Hybholt M., Spotswood F. (2025) Emotional Reflexivity and Lifelong Leisure Time Physical Activity: Managing 'Successful Womanhood' for Busy Middle-Class Women. *Sociology of Health & Illness*, (47): e70004.
- Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.
- Mol A., Moser I., Pols J. (2010) Care: Putting Practice into Theory. In: A. Mol, I. Moser, J. Pols (eds.) *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielfeld: Transaction Publishers: 7–26.

*Dmitry Rogozin, Alexandra A. Chentsova*

## **HEALTH CRAFTSMEN: SHAPING A HEALTHY IMAGE OF OLD AGE**

The article examines the concept of 'craftsmen of health' — a special category of individuals who promote a positive perception of aging. The research is based on the results of four focus groups conducted in July 2024 at the Russian Gerontological Scientific and Clinical Center with elderly individuals undergoing medical examinations. Participants were selected based on their pensioner status, some of whom had experience caring for aging parents (children of centenarians over 90 years old). The authors identify several key practices that are characteristic of health craftsmen. First, they consider regular preventive check-ups to be essential, even in the absence of symptoms. Second, conscious dietary habits have become a way of life, not just a preventive measure. Third, consistent physical activity adapted to individual needs plays a crucial role. Fourth, maintaining intellectual stimulation through work or specialized cognitive exercises significantly contributes to well-being. Special attention is given to the social dimension of healthcare. Respondents emphasize the importance of feeling needed within family circles. Health craftsmen view their proactive behavior as a contribution to scientific knowledge and healthcare development, as well as personal gain. They are critical of official medicine and often experiment with alternative treatments, willingly sharing their experiences. The study reveals contradictions between the dominant 'logic of choice' in modern medicine, which prioritizes individualization and standardization, and the 'logic of care,' which emphasizes open, long-term relationships among participants. Drawing on the theoretical works by Richard Sennett and Annemarie Mol, the authors advocate for moving away from mechanistic views of health and adopting a more flexible approach that considers the uniqueness of each case. Key challenges to developing health craftsmanship include the age barrier to learning new things and the lack of mechanisms for transferring experience across generations. The authors propose viewing health craftsmen as socially oriented experts whose activities aim to promote both longevity and quality of life. Healthy aging is presented as achieving a balance between longevity and happiness, with the primary objective being to maintain a 'good life' rather than absolute health. Over the past few decades, old age has acquired normative traits that go beyond biological and social

---

Dmitry Rogozin — Cand. Sci. (Sociol.), Head of the Laboratory for Field Research, Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russian Federation (RANEPA); Chief Researcher, Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation. ORCID: 0000–0001–7879–1111. Email: rogozin@ranepa.ru

<sup>2</sup> Alexandra Chentsova — Junior Researcher, the Laboratory for Field Research, Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russian Federation (RANEPA), Moscow, Russian Federation. ORCID: 0000–0002–3890–9274. Email: alexchentsova@mail.ru

descriptions, and has become a subject of norm creation. Although numerous state programs and institutions divide responsibilities, they often absorb and redefine public initiatives. In Russia, a healthy lifestyle remains a state responsibility approached through multifunctional, multipronged strategies outlined in roadmaps and distributed among the relevant agencies. However, such regulation risks losing the human element in healthcare. Pursuing objectivity, order, and discipline can lead to an expansion of normative frameworks, which undermines the agency of individuals. Here, the pursuit of health is reimagined as striking a balance between freedom and coercion, with an emphasis on care rather than mechanistic treatment.

*Key words:* healthy lifestyle, healthy aging, logic of care, health masters, medicalization

Citation: Rogozin D., Chentsova A. (2025) Mastera zdorov'ya, ili kto formiruet zdorovyy obraz starosti [Health Craftsmen: Shaping a Healthy Image of Old Age]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 23 (2): 213–232.

DOI: 10.17323/727-0634-2025-23-2-213-232

## Acknowledgment

The article was written on the basis of the RANEPА state assignment research programme.

## References

- Buch E. D. (2015) Anthropology of Aging and Care. *Annual Review of Anthropology*, (44): 277–293.
- Chirikova A. E., Shishkin S. V. (2014) Vzaimodeystviye vrachey i patsiyentov v sovremennoy Rossii: Vektory izmeneniya [Interaction between Doctors and Patients in Contemporary Russia: Vectors Of Change]. *Mir Rossii* [Russian Universe], 23 (2): 154–182.
- Entwistle V. A., Carter S. M., Cribb A., McCaffery K. (2010) Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-Patient Relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (7): 741–745.
- Ermolaeva P. O., Noskova E. P. (2015) Osnovnye tendentsii zdorovogo obraza zhizni rossiyan [Main Trends of Healthy Lifestyle among Russians]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Research], (4): 120–129.
- Hybholt M., Spotswood F. (2025) Emotional Reflexivity and Lifelong Leisure Time Physical Activity: Managing 'Successful Womanhood' for Busy Middle-Class Women. *Sociology of Health & Illness*, (47): e70004.
- Ivanova A. E. (2015) K otsenke rezultativnosti mer po formirovaniyu zdorovogo obraza zhizni [On the Assessment of the Effectiveness of Measures to Promote a Healthy Lifestyle]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Research], (11): 132–138.
- Kamenskikh O. D., Ermakova A. A. (2024) Sotsial'noe doverie k sisteme zdravookhraneniya g. Permi [Social Trust in the Healthcare System of the City of Perm]. *Formirovaniye gumanitarnoi sredy v vuze: innovatsionnye obrazovatel'nye tekhnologii. Kompetentnostnyi podkhod* [Forma-

tion of a Humanitarian Environment in Higher Education: Innovative Educational Technologies. Competency-Based Approach], (1): 164–167.

Khabriev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu.M. (2014) Strategiya okhrany zdorov'ya nasele-niya kak osnova sotsial'noy politiki gosudarstva [Strategy for the Protection of Public Health as the Basis of the State's Social Policy]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Healthcare, and the History of Medicine], 22 (3): 3–5.

Lekhtsier V. L. (2019) Logika zaboty versus logika vybora v sovremennykh kontseptsyakh meditsinskoy praktiki [The Logic of Care vs. The Logic of Choice in Contemporary Concepts of Medical Practice]. *Interaksiya. Interv'yu. Interpretatsiya* [Interaction. Interview. Interpretation], 11 (20): 36–53.

Modestov A. A., Kozova S. A. (2012) Tsentry zdorov'ya, kak svyazuyushchee zveno v organizatsii profilakticheskoy pomoshchi detyam v Rossii [Health Centers as the Connecting Link in Organizing Preventive Care for Children in Russia]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal], (2): 7–8.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.

Mol A., Lo Dzh. (2017) Voploshchennoe deystviye, osushchestvlyennye tela: primer gipoglykemii [Embodied Action, Accomplished Bodies: The Case of Hypoglycemia]. *Logos*, 27 (2): 233–262.

Mol A., Moser I., Pols J. (2010) Care: Putting Practice into Theory. In: A. Mol, I. Moser, J. Pols (eds) *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: Transaction Publishers: 7–26.

Mushnikov D. L., Olenik A. V., Ananyina L. G. et al. (2024) Mnenie pacientov o dostupnosti, kachestve i rezul'tativnosti medicinskoj pomoshi [Patients' Opinions on Accessibility, Quality, and Effectiveness of Medical Care]. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal Puls* [Puls: Medical and Pharmaceutical Journal], 26 (1): 58–64.

Novoselova E. N. (2024) Zdorov'e v pozhlom vozraste: stereotipy i ob'ektivnye pokazateli [Health in Old Age: Stereotypes and Objective Indicators]. *Vestnik Moskovskogo un-ta. Seriya 18: Sotsiologiya i politologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 18: Sociology and Political Science], 30 (1): 32–52.

Rostovskaya T. K., Shabunova A. A., Abdulzyanov A. R. i dr. (2024) Demograficheskoe samochuvstvie regionov Rossii [Demographic Well-Being of Russian Regions]. *Natsional'nyy demograficheskij doklad – 2023* [National Demographic Report – 2023]. Vologda: Vologodskiy nauchnyy tsentr.

Sennet R. (2018) *Master* [The Craftsman]. M.: Strelka Press.

Shishkin S. V. (2003) Besplatnoe zdravookhranenie: real'nost' i perspektivy [Free Healthcare: Reality and Prospects]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 1 (1): 107–127.

Silin A. N., Kovalzhina L. S. (2017) Zdorovyy obraz zhizni v Tyumenskom regione [Healthy Lifestyle in the Tyumen Region]. *Vestnik Instituta sotsiologii* [Bulletin of the Institute of Sociology], 8 (2): 96–107.

Sosnovskaya E. V. (2007) Aktual'nye voprosy upravleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi [Current Issues in Quality Management of Medical Care]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal* [Kazan Medical Journal], 88 (5): 215–218.

Vorob'ev P.A. (2007) Standartizatsiya v meditsine: v russle reform [Standardization in Medicine: In the Course of Reforms]. *Remedium*, (6): 14–17.