

УДК 316.7:614.2

Золотухин В. М., Степанцова Е. В.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ АСПЕКТ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ В РАМКАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Аннотация

В рамках исследования делается акцент на целесообразности соблюдения прав человека при взаимодействии врача и пациента в рамках не только институтов государственного здравоохранения, но и негосударственных медицинских учреждений. Неформальные практики должны быть регламентированы в соответствии с законодательством, равным образом защищающим интересы основных субъектов – врача и пациента.

Существенным является вопрос сохранения кадрового состава медицинских учреждений, независимо от их институциональной принадлежности, эффективности и/или востребованности и существующих методик распределения ограниченных государственных ресурсов, для выполнения показателей демографической и социальной политики, а также реализации здоровьесберегающих технологий не только на федеральном, но и региональном уровнях. На уровне повседневной ментальности формируются социокультурные стереотипы оказания и получения медицинской помощи в зависимости от территориального нахождения, уровня профессиональной компетентности медицинского персонала, степень доверия к различным аспектам онлайн-присутствия и т.п.,

влияющие на степень допустимости и/или востребованности различными субъектами правил поведения.

Предмет исследования: социокультурный аспект поведенческих стереотипов.

Методы исследования: философско-социологический анализ здоровья и качества жизни, герменевтические процедуры анализа литературы по теме исследования.

Важным аспектом является степень достоверности информированности населения различными медиаресурсами о существующих и возникающих медико-биологических угрозах, способах и методах противостояния им, чтобы избежать нарастание панических настроений социума в условиях как информационной перегрузки, так и в недостаточности информации.

Ключевые слова: врач, пациент, доступность медицинских услуг, ментальность, медико-биологические угрозы, законность, культура, солидарная коммуникация, панические настроения, ценность.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования: данная работа не имела источников финансирования

Для цитирования: Золотухин В. М., Степанцова Е. В. Социокультурный аспект поведенческих стереотипов в рамках медицинской практики / В. М. Золотухин, Е. В. Степанцова // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2025. Т. 6. № 2. С. 58–63

Статья поступила в редакцию 21.04.2025

INTERDISCIPLINARY RESEARCH

Zolotukhin V. M., Stepanцова E. V.

SOCIOCULTURAL ASPECT OF BEHAVIORAL STEREOTYPES IN MEDICAL PRACTICE

Abstract

The study focuses on the advisability of respecting human rights in interactions between doctors and patients not only within state health care institutions, but also in non-state medical institutions. Informal practices must be regulated in accordance with legislation that equally protects the interests of the main subjects – the doctor and the patient. The issue of maintaining the staff of medical institutions is essential, regardless of their institutional affiliation, effectiveness and/

or demand, and existing methods of distributing limited state resources to meet demographic and social policy indicators, as well as implementing health-saving technologies not only at the federal but also at the regional levels. At the level of everyday mentality, socio-cultural stereotypes of the provision and receipt of medical care are formed depending on the territorial location, the level of professional competence of medical personnel, the degree of trust in various aspects of online presence, etc., influencing the degree of acceptabil-

For citation: Zolotukhin V. M., Stepanцова E. V. Sociocultural aspect of behavioral stereotypes within medical practice // Humanities and Social Sciences Bulletin.. 2025. Vol. 6. № 2. P. 58–63

ity and/or demand for rules of conduct by various subjects. An important aspect is the degree of reliability of the population's awareness by various media resources about existing and emerging medical and biological threats, methods and techniques for countering them, in order to avoid the growth of panic in society in conditions of both information overload

and insufficient information.

Keywords: doctor, patient, availability of medical services, mentality, medical and biological threats, legality, culture, solidarity communication, panic moods, value.

Conflict of Interest: none declared.

Funding: there was no funding for this project.

Введение

Медицинская практика, обусловлена межличностным взаимодействием различных субъектов, целью которой является сохранение, диагностика, лечение, восстановление, реабилитация здоровья населения. Несомненным является соблюдение прав человека, от которого прямо или косвенно зависит здоровье, при наличии свободы каждого «вести образ жизни, который наиболее ценен для них» [24]. Определение ценности, оказанной и/или потенциально возможной и гарантированной государственными институтами, «для пациента является критерием для установления оплаты оказания медицинской помощи» [20, с. 7]. Оплата может быть осуществлена в различных формах (через налоги, добровольное страхование, индивидуальную оплату и т. п.), которые могут быть унифицированы и/или зависеть от размера инновационного вложения в медицинский продукт (медицинские препараты, уникальность оборудования и медицинских технологий, уровень врачебной квалификации и т. д.). С этим связаны процессы использования «структурного насилия» (М. Фуко), основанного «на создании условий, вынуждающих человека действовать необходимым образом, нежели на активной форме надзора [11], как со стороны государства так и международных организаций (например, ВОЗ) для регулирования отношений связанных с оказанием медицинской помощи в рамках государственного финансирования, в том числе оплаты труда, достижение формальных показателей увеличения продолжительности жизни и пропагандирование в массовое сознание преимуществ здорового (здоровье сберегающего) образа жизни в рамках либо самосохранительной либо попустительской модели отношения к собственному здоровью.

Легализация незаконной (противоправной) деятельности в рамках реализации национальных программ «Здравоохранение», «Демография» и др., направленная на ущемление права гражданина на оказание бесплатных медицинских услуг (создание очередей, квот и т.п.), в том числе имеющая объективные причины (нехватка медперсонала, прежде всего – в рамках муниципальных медицинских учреждений), недопустима. А. Е. Шарепина подчеркивает, что «повсеместная дефицитность рынка труда для врачей на периферии выступает своеобразным фактором их возможной миграции». В то же время «барьеры эффективности программ привлечения врачей на периферию связаны с невозможностью использования программ для

местных, для людей без российского гражданства, людей предпенсионных возрастов, недостаточно высоким уровнем организации и координации программ, бюрократическими сложностями» [21, с. 4]. При этом специализированные медицинские центры обеспечены приоритетным финансированием, позволяющим эффективно решать инфраструктурные, кадровые и иные проблемы.

Реализуемые финансовые отношения выступают основанием социокультурных практик в повседневной ментальности, в рамках которых формируются неформальные стандарты, оказывающие влияние на трансформацию официальной нормативности в процессе общения (вербального и/или невербального). Посредством солидарной коммуникации, «значимые культурные образцы актуализируются и укрепляют внутренние подсознательные установки» [16, с. 93], влияющие на степень допустимости и/или востребованности различными субъектами правил поведения. Примером является уровень востребованности применения искусственного интеллекта и степень доверия к различным аспектам онлайн-присутствия, а также использование Telegram-ботов и социальных сетей в зависимости от территориальной удаленности пациента от крупных медицинских, в том числе научных центров.

Степень объективной легализация противоправной (ущемляющей права граждан и/или ограничивающей доступность к оказанию медицинских услуг) деятельности поставлена в зависимость от места проживания и «добровольности» выбора границ оказания медицинской помощи. При этом границы формальной и неформальной нормативности связаны со степенью моральной допустимости нарушения законности, они обусловлены целесообразностью (социально-экономической, управленческой и иной) применения административных регламентов и степени возможности следования им в зависимости от правового (государственное, муниципальное или частное) медицинское учреждение. С одной стороны, это выражено противоречивостью нормативно-правовой документации, определяющей границы прав и обязанностей медицинских учреждений, медицинского персонала и пациентов. С другой, – оказание конкретных медицинских услуг, в рамках которых субъекты взаимодействия имеют противоречивые притязания.

Цель исследования: выявить специфику поведенческих стереотипов в рамках медицинской практики.

Объект исследования: инфраструктура медицинских учреждений и ее влияние на взаимоотношения субъектов медицинской практики.

Предмет исследования: социокультурный аспект поведенческих стереотипов.

Методы исследования: философско-социологический анализ здоровья и качества жизни, герменевтические процедуры анализа литературы по теме исследования.

Разработанность проблемы:

Основаниями для исследования послужила интерпретация поведенческих стереотипов в различных социокультурных практиках, в том числе «культуры надзора М. Фуко и его последователей.

В настоящее время активно обсуждаются проблемы профессиональной социализации медицинских работников [1, 14, 20], ценностные аспекты в системе отечественного здравоохранения [9, 13, 17, 22].

Новизну данного исследования составляют соотношения прав и обязанностей различных субъектов медицинской практики, а также влияние социокультурного поведения на качество предоставления медицинской помощи.

Результаты исследования

Врач, как представитель профессиональной группы, ограничен формализованными стандартами оказания медицинской помощи, включающей нормирование сроков, способов и методов приема пациентов, а также ожиданий выполнений назначаемых траекторий лечения болезней для сохранения здоровья пациента. Это обусловлено требованиями государственной политики в сфере сохранения и поддержания здорового образа жизни, включающие в себя профилактику и выявление заболеваний на ранних стадиях своего развития, что является приоритетной статьей финансирования медицинских учреждений и стимулирования деятельности врача, включающие в себя рекомендации использования коммерческих («новых») препаратов. Регламентация врачебной деятельности не позволяет рефлексировать деградацию качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту при наличии противоречивости статистических показателей. С одной стороны, демонстрируют позитивные результаты внедрения науки в практику, в том числе, преимущества телемедицины и т.д., а с другой, – возрастание рисков увеличения заболеваемости в целом, что негативным образом влияет на демографическое состояние социума и риск возникновения дистанционных преступлений в сфере «оказания медицинских услуг» [6, с. 71]. Например, «после снижения почти на 3 года в период пандемии COVID-19 (до 13,8 года в 2021 году) ожидаемая продолжительность жизни россиян в возрасте 65 лет вернулась к допандемийной траектории только в 2023 году (17,1 года)» [22].

Пациент, как потребитель медицинских услуг, ожидает их качественного предоставления от конкретного вра-

ча, олицетворяющего возможность предоставления здесь и сейчас медицинской помощи со стороны государства, независимо от права собственности медицинского учреждения. Доступность медицинской информации в онлайн-пространстве, рейтинги уровня квалификации медицинских работников, информация из опыта повседневного общения (межличностное общение среди пациентов схожего медицинского диагноза) и т. п., позволяют определять индивидуальные критерии качества оказываемых услуг и сопоставлять их с общественным мнением. Происходит нарастание «инфодемии в личностно ориентированном дискурсе, поскольку медиадискурс закономерно представлен не только объективной информацией [13, с. 124]. В частности, «население получало информацию о пандемии и карантинных мерах в медиадискурсе, представление населения о риске собственному здоровью и жизни заранее формировалось акторами медиадискурса, что часто порождало нарастание панических настроений в условиях как информационной перегрузки, так и недостаточности информации» [13, с. 127]. М.Ю. Сурмач и П.Л. Корнейко отмечают: «По данным исследований конца XX – начала XXI столетий, доля положительных оценок качества жизни женщинами в Российской Федерации была в 1,7–2 раза ниже, в сравнении с мужчинами. К середине второй декады 2000-х годов различия сократились и составляли уже 1,4–1,5 раза ... доля воспринимающих свое здоровье как плохое или совсем плохое вырастает соответственно до 23,3 и 49,0 %» [16, с. 119]. Более того, «Умные ленты» социальных сетей, настроенные на интересы интернет-пользователей, предоставляют необходимую информацию, соответствующую ожиданиям потребителя и тем самым буквально подсказывают решение назревших вопросов и побуждают к действиям» [18, с. 76].

Обращает на себя внимание уровень доверия населения к качеству предоставления медицинской помощи и соблюдению прав граждан. Например, уполномоченный по правам человека в Российской Федерации подчеркивает: «В числе наиболее значимых прав традиционно называли право на бесплатную медицинскую помощь, среднее значение данного показателя с 2015 года занимает первую позицию в рейтинге, при этом в 2023 году показатель его значимости по России в сравнении с 2019 годом уменьшился на 4 % (с 80 % до 76 %). Очевидно, что высокая значимость для россиян права на бесплатную медицинскую помощь связана с актуальной жизненной потребностью граждан. Право на бесплатную медицинскую помощь снижает неравенство в доступе к здравоохранению» [5, с. 20]. Как раз этим актуализируется как вопрос профессиональной подготовки врачей «в современных условиях» [1, с. 147], так и вопросы неформальной адаптации медперсонала, что «выступает одновременно фактором формирования профессиональной

идентичности» [14, с. 38], в том числе в условиях современных цифровых технологий. В зависимости от региональной специфики [9] «поведенческие риски, включают следующее» [10, с. 22]: 1) недостаточную подготовленность медицинских кадров; 2) дефицит специалистов и, как следствие, отсутствие в медицинских организациях услуг, определяемых цифровизацией здравоохранения, и 3) неготовность врачей к телемедицинской деятельности. В конечном итоге, современные формы цифровизации в области медицины формируют «совершенно новые формы взаимодействия» субъектов «врач – пациент» [12].

Следует также акцентировать внимание на том, что «одними из признаков проявления невысокого уровня грамотности населения в вопросах сохранения и укрепления собственного здоровья, а также медицинской активности, являются: негативная самооценка здоровья; меньшая склонность к медикаментозному лечению с отрицанием препаратов, заменой их средствами народной медицины или игнорированием ситуации; низкая двигательная активность и др.». Более того, показатели общего состояния здоровья «частично могут быть снижены вследствие недостаточной доступности медицинской помощи и отсутствия должного внимания к групповым и индивидуальным формам гигиенического воспитания и обучения, а также мер медико-профилактической деятельности» [9, с. 15]

Единство и/или вариативность стандартов медицинской практики зависит от возможности (правовой и/или моральной) применения траектория лечения конкретной болезни. Коммерциализация предоставления услуг имеет двойственный характер. С одной стороны, возможность оперативного вмешательства в клиническую практику, целью которой является оказание реальной помощи пациенту. С другой, – осознанное лечение «здоровых» пациентов путем проведения дополнительных процедур, связанных не с лечением конкретной болезни, а с вымогательством денежных средств. Например, в 2023 году «жалобы граждан на качество медицинской помощи касались вопросов неправильной или затянувшейся диагностики, ошибок при выполнении назначенного лечения, затягивания госпитализации и неоправданно быстрой выписки из стационара» [5, с. 69]. Более того, административное реагирование определяется «стандартной управленческой зависимостью» [19, с. 168], в рамках которой «действия (бездействие) должностных лиц медицинских организаций обжалуются лишь в 6 % случаев. К сожалению, такие жалобы поступают и в связи с неуважительным, грубым, бестактным отношением медицинского персонала» [5, с. 70]. Социологические данные отражают реакцию медицинских работников. А именно: в медицине существуют закономерные тенденции, связанные как с недостатком медперсонала (периодически в СМИ публикуются данные по данной проблеме в различных федеральных округах, например в УрФО [3]), как

и то, что 60 % врачей отмечают ухудшение ситуации и только 10 % – ее улучшение. 46 % фиксируют снижение дохода, увеличение нагрузки, усложнение рабочих процессов, а также ухудшение комфортности условий труда. Для 31 % врачей условия труда не изменились и только 11 % отмечают их улучшение [23].

Параллельному существованию этих явлений способствуют правовая база (страховая медицина, возможность бесконтрольного варьирования финансовыми потоками и т.д.) и социокультурные стереотипы оказания медицинской помощи в зависимости от возрастных, гендерных, социальных, профессиональных, этно-национальных и иных критериев. Осознание и/или умышленное совершение противоправных действий свидетельствует о возможной степени безнаказанности (моральной и/или правовой) в конкретных условиях взаимодействия (руководитель учреждения – врач, врач – пациент и т.д.). С изменением данной ситуации трансформируется степень возможного наказания. Позитивность или негативность связаны с изменением ценностных установок в рамках повседневной социокультурной коммуникации, влияние на которую оказывают внешние факторы. К ним относятся: изменение законодательства, социально-политические процессы, стихийные и техногенные катастрофы, действия (террористические акты) и/или бездействие (принятие конкретного решения чиновника любого уровня управления) различных представителей социокультурных групп.

Социокультурная повседневность как носитель ценностных и коммуникативных противоречий является связующим элементом для выявления доминирующих тенденций. Совпадение доминирующей в социокультурной среде ценности с нормативно дозволенным государством поведением отражает степень признанности равноправия в социуме. Социальное напряжение возникает при условии, когда стороны исчерпали все возможные способы и механизмы достижения консенсуса и отчуждение затрагивает не только социально-экономические сферы, но и социокультурные (мировоззренческие, ценностно-идеологические) парадигмы. Отсутствие оснований для равноправной коммуникации и заинтересованности в диалоге (прошлый опыт взаимодействия, социальное неравенство, образовательные траектории и т.д.) являются онтологическим противоречием как основанием для поиска взаимовыгодных и/или вынужденных компромиссов, так как цель здоровьесбережения сохраняется у всех сторон, так или иначе связанных с оказанием и/или получением медицинских услуг. Законодательство определяет необходимость мониторинга (справки, сертификаты, медицинские книжки и т.д. как показатель пригодности) здоровья человека на протяжении всей жизни, а работодатель, в зависимости от социально-экономической и/или морально-психологической задачи конкретного предприятия, имеет манипулятивную возможность влиять на решение своих кадровых проблем.

Свобода выбора стратегии защиты ограничена интеллектуальными и морально-этическими установками, правосознанием и степенью активности и/или пассивности субъектов как непосредственных участников потребления и/или предоставления медицинских услуг. Повседневная жизнедеятельность, а также результат воспитательно-образовательного процесса определяют границы поведения в рамках социокультурной ментальности. Принадлежность к социокультурной группе определяет индивидуализированные поведенческие стандарты в рамках формализованного (определенного) вида деятельности (собственник, представитель элиты, политик, работник и т.д.). Как подчеркивает Н.И. Розов, «их воля, и так уже связанная должностями и институциональными правилами, получает гораздо более жесткую направленность и более тесные границы, что определено организационной позицией, обязанностями каждого в спланированной коллективной деятельности по выполнению решения» [15, с. 86]. Неформальная деятельность обеспечивает выход за рамки дозволенного и заставляет трансформировать условия социальной нормативности ментального социокультурного пространства всех субъектов, независимо от стороны правоприменения. Основанием для этого является положение о том, что «человек свободен тогда, когда он преодолевает зависимости, когда осознанно выбирает, что ему делать, как поступить, ориентируясь на внутренние познавательные, нравственные, волевые ресурсы и преодолевая влияние внешних природных факторов или давление социальных сил. Не может быть устойчивого стремления к свободе, если нет способности и возможности для самоопределения» [2, с. 59]. Детерминированность этих процессов сочетает в себе добровольность (заинтересованность в предлагаемых вариантах участия) и принуждение (согласие с выполнением вынужденной деятельности), а их сопряженность с законопослушным поведением позволяют говорить о степени преемственности и удовлетворенности социальных групп воспитательно-образовательной и социокультурной политикой государства.

Выводы

Своевременное реагирование на возникающие риски позволяет снижать уровень социальной напряженности, позволяя субъектам приходиться к консенсусу на вза-

имоприемлемых условиях. Психологическое равновесие противостоящих друг другу субъектов (индивидуальных или коллективных) определяется сформированными государственными институтами ожиданиями. Его тенденции отражают доминирующий в медицинской практике характер реализации конституционных прав человека при оказании медицинской помощи, независимо от нормативов и источников финансирования (государственного, частного или частно-государственного или иного).

Уровень соотношения медико-биологического и социального содержания качества жизни пациента в условиях предоставления государством медицинских услуг (ожидания пациентов и персонала от реализации государственных программ) зависит не только от решения финансовых и кадровых вопросов, но и от социокультурной социализации при подготовке и осуществлении медицинской практики в рамках российской ментальности [7]. Речь идет об учете отечественного многонационального опыта предоставления медицинской помощи и научных достижений, этно-национальной и культурной специфики образовательных программ, направленных на формирование здоровьесберегающего образа жизни, независимо от территориальной и социально-экономической специфики.

Формирование психологии потребительства во всех сферах социально-экономической, медико-биологической и социокультурной деятельности обесценивает уникальность продукта и его национальную идентичность. Оказание медицинской помощи подменяется потребительскими свойствами, соответствующими конкретной социальной группе населения, и зависит от возможно допустимого уровня качества жизни в повседневной практике потребления. Для этого и создается нормативно-правовая база институтами государственной власти (законодательной, исполнительной, судебной), которая адресно соответствует конкретной социальной группе и формирует свойственные стереотипы в рамках социокультурной среды. Качество жизни определяется степенью востребованности не только полученных образовательных компетенций, но и возможностями социальной среды (клана, субкультуры и т.д.) делегировать своих представителей в органы законодательной и исполнительной власти, имеющих возможность влиять на распределение ресурсов в интересах различного уровня – от региональных и государственных до межгосударственных (например, ВОЗ) – бизнес-элит.

Источники и литература / Sources and references

1. Агранович Н. В., Ходжаян А. Б., Кнышова С. А., Анопоченко А. С., Гевандова М. Г. Особенности подготовки молодого врача в современных условиях // Социология медицины. 2024. Т. 23. № 2. С. 143–152.
2. Бурбулис Г. Э. Политософия. 2-е изд. Екатеринбург: НУСК им. Г.Э. Бурбулиса, 2024. 432 с.
3. Галкин Г. На фоне массовой нехватки врачей медики бегут из больниц // Свободная пресса. 2024. 8 ноября. Доступно по: <https://svpressa.ru/society/article/436203/>. Ссылка активна на 10.04.2025.
4. Девятко И. Ф., Катерный И. В., Кирилина Т. Ю., Перов В. Ю., Семенов Е. В., Соколов В. М. и др. Нравственность, мораль, этика: что происходит в теории и социальной практике? (круглый стол) // Социологические исследования. 2021. № 3. С. 28–43. <https://doi.org/10.31857/S013216250014275-5>

5. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2023 год. М. 2024. 500 с. Доступно по: <https://ombudsmanrf.org/storage/74a0484f-7d5a-4fe4-883d-a1b5ba1dd5f8/mediateca/doclad-2023.pdf>. Ссылка активна на 10.04.2025.
6. Зезюлина Т. А., Горшкова Н. А. Понятие и признаки дистанционных преступлений // Право и управление. XXI век. 2024. Т. 20. № 4. С. 68–75. <https://doi.org/10.24833/2073-8420-2024-4-73-68-75>
7. Золотухин В. М., Степанцова Е. В. Российская ментальность в рамках правовой нормативности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2015. № 1–2 (61). С. 207–210.
8. Золотухин В. М. Социокультурный и медицинские аспекты повышения качества жизни на региональном уровне // История медицины в Сибири: сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. (г. Кемерово, 14 марта 2024 г.) Кемерово : КемГМУ, 2024. С. 125–134.
9. Кулибина О. В., Костров С. А., Плещёв И. Е., Плещёва Т. Н. Гигиенические аспекты уровня качества жизни жителей Ярославля и Ярославской области // Уральский медицинский журнал. 2024. Т. 23. № 5. С. 7–17. <https://doi.org/10.52420/umj.23.0.0>
10. Кром И. Л., Еругина М. В., Еремина М. Г., Сапогова М. Д., Орлова М. М., Липчанская Т. П. и др. Оптимизация медицинской помощи в региональном здравоохранении: перспективы и барьеры // Социология медицины. 2023. Т. 22. № 1. С. 19–27. <https://doi.org/10.17816/socm252064>
11. Луковенков С. Г. «Паноптическая видимость»: культура надзора XXI века // Вестник РГГУ. Серия. Философия. Социология. Искусствоведение. 2020. № 2. С. 10–19. <https://doi.org/10.28995/2073-6401-2020-2-10-19>
12. Лядова А. В. Цифровое здравоохранение: миф или реальность // Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования: материалы XXI международ. конф. памяти проф. Л. Н. Когана. Екатеринбург : УрФУ, 2018. С. 1451–1461. Доступ по ссылке: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/58996/1/978-5-91256-403-1_2018_154.pdf. Ссылка активна на 10.04.2025.
13. Плешкова Е. К., Резанова З. И. Влияние противоэпидемических (карантинных) мероприятий в условиях пандемии COVID-19 на население: выявление ключевых тематик с помощью социально-сетевого анализа // Бюллетень сибирской медицины. 2024. Т. 23. № 4. С. 120–128. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2024-4-120-128>
14. Присяжная Н. В., Вяткина Н. Ю. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 2 // Социология медицины. 2024. Т. 23. № 1. С. 33–60. <https://doi.org/10.17816/socm634498>
15. Розов Н. С. Причины войн и их роль в социальной эволюции: обобщение современных концепций // Социология власти. 2024. Т. 36. № 3. С. 77–98. <https://doi.org/10.22394/2074-0492-2024-3-77-98>
16. Розов Н. С. Многоликость юмора и его роль в социокультурной эволюции // Философский журнал. 2025. Т. 18. № 1. С. 85–100. <https://doi.org/10.21146/2072-0726-2025-18-1-85-100>
17. Сурмач М. Ю., Корнейко П. Л. Медико-социологический анализ здоровья и качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области // Социология медицины. 2024. Т. 23. № 2. С. 116–126. <https://doi.org/10.17816/socm634563>
18. Тихонова С. В., Артамонов Д. С. Нейросети как актор социально-эпистемических арен: этические проблемы // Философия науки и техники. 2024. Т. 29. № 1. С. 73–83. <https://doi.org/10.21146/2413-9084-2024-29-1-73-83>
19. Халиков М. И. Россия в современном мире через призму управленческого анализа // Экономика и управление. 2024. № 6. С. 167–170. <https://doi.org/10.34773/EU.2024.6.30>
20. Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор) // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. Т. 67. № 1. С. 5–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-5-13>
21. Шарепина Е. А. Почему российские врачи переезжают на периферию // Население и общество. 2024. № 2(111). Доступно по: <https://www.demoscope.ru/weekly/acrobat/NCMU/ps111.pdf>. Ссылка активна на 01.08. 2025.
22. Щербакоева Е. М. Смертность и рождаемость в странах группы БРИКС по оценкам ООН 2024 года // Демоскоп Weekly. 2024. № 1051–1052. Доступно по: <https://demoscope.ru/weekly/2024/01051/barom01.php>. Ссылка активна на 01.08. 2025.
23. 60% врачей считает, что ситуация в сфере здравоохранения ухудшилась за последний год. Доступно по: <https://www.demoscope.ru/weekly/2025/01063/opros05.php>. Ссылка активна на 10.04.2025.
24. Gentry S., Badrinath P. Defining health in the era of value-based care: lessons from England of relevance to other health systems // Cureus. 2017. Vol. 9, № 3. e1079. <https://doi.org/10.7759/cureus.1079>

Информация об авторах:

Золотухин Владимир Михайлович, доктор философских наук, профессор, профессор кафедры истории, философии и социальных наук ФГБОУ ВО «Кузбасский государственный технический университет им. Т. Ф. Горбачева».

E-mail: zvm64@mail.ru

ORCID: 0009-0005-8170-2278

Вклад в статью: общее руководство исследованием, разработка методологии исследования, написание текста статьи, обзор литературы, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи.

Степанцова Евгения Викторовна, кандидат философских наук, доцент кафедры истории ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

E-mail: e-busl@yandex.ru

ORCID: 0009-0005-3562-2568

Вклад в статью: написание текста статьи, обзор литературы, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи.

Authors:

Zolotukhin Vladimir Mikhailovich, Doctor of Philosophy, Professor, Professor of the Department of History, Philosophy and Social Sciences, T. F. Gorbachev Kuzbass State Technical University.

E-mail: zvm64@mail.ru

ORCID: 0009-0005-8170-2278

Contribution: conceived and designed the study; collected and interpreted the data; performed literature search and analysis; wrote the manuscript.

Stepantsova Evgeniya Viktorovna, Candidate of Sciences in Philosophy, Associate Professor of the Department of History, Kemerovo State Medical University.

E-mail: e-busl@yandex.ru

ORCID: 0009-0005-3562-2568

Contribution: performed literature search and analysis; wrote the manuscript.