

DOI: 10.24290/1029-3736-2022-28-4-239-254

ОТНОШЕНИЕ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

А.В. Рудковская, асп. кафедры социологии МГИМО МИД России. пр. Вернадского 76, г. Москва, Российская Федерация, 119454*

Национальные проекты “Демография” и “Здравоохранение” в качестве одной из задач ставят повышение средней продолжительности жизни граждан, для чего необходима непрерывная профилактическая работа с населением по предупреждению риска развития ряда заболеваний через отказ от вредных привычек, регулярное прохождения диспансеризации, ведение здорового образа жизни. Предполагается, что распространение информации и экспертного знания о важности самосохранительных практик повысит внимание населения к своему здоровью и популяризирует превентивные меры по борьбе с рядом заболеваний. Изучение мнения экспертных групп о важности здоровья и соответствующих практик актуально и объясняется как интересом к поведению лидеров общественного мнения среди пациентов, так и низкими показателями продолжительности жизни медицинских работников. В соответствии с теорией функционалистской аномии в статье предпринята попытка описания поведения экспертных групп (работников медицинского учреждения) по отношению к своему здоровью в условиях аномии, выраженной в пренебрежительном отношении населения к своему здоровью посредством игнорирования правил здорового образа жизни, прохождения диспансеризации и вредных привычек. Для достижения поставленных задач по изучению общественного мнения профессионального сообщества в конце 2021 г. проведен деперсонализированный опрос среди работников бюджетного московского медицинского учреждения. Результаты опроса позволяют определить дисперсию типов отношения к здоровью, в том числе отношение к диспансеризации, приверженность вредным привычкам и их влияние на сложившиеся самосохранительные практики среди групп, обладающих экспертным знанием. Полученные результаты исследования свидетельствуют об эффективном влиянии экспертных знаний на отношение к своему здоровью в рамках профилактики рисков различных заболеваний.

Ключевые слова: аномия, отношение к здоровью, здоровье, самосохранительное поведение, диспансеризация, вредные привычки, конформность, ритуализм, нормальная аномия.

* Рудковская Анастасия Владиславовна, e-mail: a.rudkovskaia@inno.mgimo.ru

ATTITUDES AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS TOWARD THEIR HEALTH

Rudkovskaya Anastasia V., PhD student, Department of Sociology of Moscow State Institute of International Relations, Vernadsky Avenue, Moscow, Russian Federation, 119454, e-mail: a.rudkovskaia@inno.mgimo.ru

This article focuses on the attitudes of healthcare workers toward their health and the influence of socio-demographic characteristics and harmful habits (smoking, drinking alcohol) on them. According to the national projects “Demography” and “Public Health,” one of the key contemporary strategic goals is to increase average life expectancy, which requires ongoing interaction with the population to lower risks of developing certain diseases. This can be achieved through regular medical check-ups, breaking bad habits, and in a variety of other ways. It is assumed that the circulation of information and expert knowledge on the importance of good health practices will increase public attention to their health. The study of the behavior of expert groups is pertinent because of the low life expectancy among medical professionals and high interest in their healthcare practices among the public. Using Merton’s anomie theory as a framework, this article attempts to account for the differences in attitudes among healthcare professionals toward their health. We conducted a quantitative sociological survey among medical professionals who work for the Moscow Health Care System. This research allows us to determine the dispersion of various types of health attitudes, including attitudes toward medical examinations, adherence to bad habits, and their impact on healthcare practices among groups with expert knowledge. The results of this study demonstrate the effective influence of expert knowledge on attitudes toward one’s health.

Key words: *anomie, health, health care, healthcare behaviour, check-up, harmful habits, normal anomie, ritualism, conformity.*

Качество и продолжительность жизни населения определяется множеством факторов — начиная от имеющейся инфраструктуры до субъективных установок населения. Факторы стагнации или снижения показателей, демонстрирующих уровень здоровья граждан, сигнализируют как о серьезном внешнем воздействии, например, пандемии, так и об аномии. Понятие аномии в социологическом контексте трактуется как болезненное состояние общества¹ — дисфункциональность социальных структур, выражающаяся в рассогласованности культурных требований, предполагающая нацеленность на успех, и дифференцированных возможностей, что не позволяет индивиду достичь общественных целей институциональными средствами². В рамках данной работы отметим, что безусловной целью национальных проектов и государства является здоровье нации.

¹ Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М., 1991.

² Мертон Р. Социальная теория и социальная структура // Социс. 1992. № 2–4.

Добиться данной цели можно посредством выполнения ряда действий, в том числе направленных на профилактику вреда курения и алкоголизма, раннюю диагностику заболеваний, наличие высоких показателей смертности, т.е. на борьбу с аномией в обществе. Аномия выражается в отсутствии у большинства населения возможностей проводить профилактические медосмотры, своевременно принимать качественное лечение, а также в росте апатии, безразличия к своему здоровью.

Ответственность перед обществом за физическое состояние пациентов несут на себе в том числе и работники сферы здравоохранения, чья работа заключается в обеспечении, сохранении и укреплении общественного здоровья³. Актуально выявить природу аномии среди медицинских работников, чья продолжительность жизни, по мнению исследователей, ниже, чем у пациентов⁴. Тенденция относительно пациентов низкой продолжительности жизни объясняется опасными условиями труда, в том числе работой с вредными для организма веществами, повышенным риском заражения, а также синдромом эмоционального выгорания. Дать точную статистику по уровню заболевания врачей затруднительно, так как медицинские работники занимаются самолечением, обращаются за неофициальными консультациями к коллегам⁵. Также отмечается, что среди медицинских работников распространена табачная зависимость⁶. Все вышеперечисленное актуализирует интерес к изучению отношения медицинских работников к своему здоровью и выявлению природы аномии.

Для нейтрализации аномии в сфере здоровья нации разработаны и реализуются национальные проекты “Здравоохранение”⁷ и “Демография”⁸, ключевые цели которых направлены на повышение качества жизни и ее средней продолжительности посредством снижения смертности от различных заболеваний, укрепления общественного здоровья, в том числе формирования привычки среди

³ Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2017. Т. 23. № 3. С. 4–29.

⁴ Сокол А.Ф. Здоровье и болезни врачей: динамика социально-психологических особенностей // Здоровье и образование в XXI веке. 2015. № 4.

⁵ Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников // Вестник современной клинической медицины. 2016. № 3.

⁶ Там же.

⁷ Национальный проект “Здравоохранение”. URL: <https://национальныепроекты.рф/projects/zdravookhranenie> (дата обращения: 24.04.2022).

⁸ Национальный проект “Демография”. URL: <https://национальныепроекты.рф/projects/demografiya> (дата обращения: 24.04.2022).

граждан заботиться о своем здоровье и использовать инфраструктуру социальной системы страны, например, институты здравоохранения, культуры, спорта. Реализация проектов предполагает не только модернизацию процессов и инфраструктуры оказания медицинской помощи, трансформацию социальных институтов, но и повышение уровня информированности граждан о рисках заболеваний. Национальный проект “Демография” включает в себя федеральный проект “Укрепление общественного здоровья”, который направлен на формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровье питание и отказ от вредных привычек. В паспорте национального проекта “Здравоохранение” отмечается, что в рамках реализации задач проекта проводится популяционная профилактика заболеваний, подразумевающая информирование пациентов о рисках различных заболеваний. Для решения этих задач особое значение приобретает распространение экспертного знания, носителями которого являются медицинские работники разного уровня и профиля. Кроме того, именно от медработников, как правило, ожидают не только помощи, но и примера ответственного отношения к своему здоровью. В связи с этим особенно актуальным становится анализ отношения профессиональных медиков к своему здоровью. Актуальность этой проблемы усиливается ситуацией пандемии COVID-19, во время пика которой не только чрезвычайно выросла нагрузка на медработников, усилились профессиональные риски. Что коррелирует с данными о том, у медицинских работников преобладают хронические полиэтиологические заболевания, формирующиеся под влиянием комплекса факторов, включающих образ и условия жизни, на фоне постоянно возрастающих профессиональных требований и нагрузки⁹. Работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму работающего, его физическому состоянию и выносливости¹⁰, что также подчеркивает актуальность изучения отношения медицинских работников к своему здоровью.

Для анализа отношения работников медицинских учреждений к своему здоровью в условиях наличия институциональных возможностей для проверки своего здоровья, экспертного знания и согласованных с обществом целей по его поддержанию используется функционалистская теория аномии Р. Мертона. Данная теория рассматривает поведение через призму двух взаимосвязанных

⁹ Петрова Л.Е. Табакокурение в среде медицинских работников: проблемы и возможные пути их решения // Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 3. С. 74.

¹⁰ Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы // ВНМТ. 2012. № 3.

переменных: целей и средств. Где цель — быть здоровым, а институциональные средства — вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек, своевременно проходить профилактические медицинские осмотры. С помощью поиска взаимосвязи цели и ее достижения мы определим наиболее популярные способы адаптации медицинских работников в условиях борьбы с аномией. В работе мы будем учитывать различное отношение медицинских работников к средствам поддержания их здоровья, а именно отношению к диспансеризации, а также наличию вредных привычек.

Р. Мертон в своей теории выделил пять наиболее характерных типов поведения в условиях аномии: конформность, инновация, ритуализм, ретритизм, мятеж¹¹. Конформность характеризуется соответствием поведенческих моделей культурным целям и институциональным средствам, т.е. люди, разделяющие такой тип поведения, склонны признавать важность здоровья, вести, в меру возможностей, здоровый образ жизни, заботиться о своем здоровье и признавать эффективность диспансеризации, физических нагрузок и правильного питания. Инновация предполагает достижение институциональных целей альтернативными путями, игнорируя традиционные средства. С развитием инноваций появилась возможность поддерживать жизнедеятельность организма на высоком уровне с учетом употребления определенных таблеток или использования оздоровительных технологий, то есть организм человека достигает определенных нормативных показателей, например, гормональных, но за счет дополнительной терапевтической стимуляции. К ритуалистам отнести можно тех, кто не особо задумывается о сохранении здоровья, не разделяет однозначного мнения о пользе диспансеризации, физических нагрузках, здоровом образе жизни и других общепризнанных мерах, но все равно придерживается общественных правил и норм в силу ряда обстоятельств, например, из-за нормативных регламентов работники медицинских учреждений не могут отказываться от вакцинации или пропускать диспансеризацию без уважительных причин. Учитывая специфику организации труда медицинских работников, модели поведения мятежа и ретритизма не будут рассматриваться, так как работников медицинских организаций обязывают проходить регулярную диспансеризацию, т.е. они не могут полностью отвергать распространяемые в обществе способы достижения целей. Задача данной работы также не включала в себя вычленение представителей инновационной модели, так как среди них предполагается

¹¹ Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социология преступности (Современные буржуазные теории). М., 1966.

популярность альтернативных методов лечения, которые могут не одобряться легитимными институтами.

Для анализа типологий поведения отношения работников медицинского учреждения к своему здоровью в 2021 г. проведен деперсонализированный опрос. Анализ данной группы позволит определить связь между знаниями, жизненным опытом и поведенческими практиками в отношении своего здоровья. Таким образом, теоретический объект исследования — типы поведения работников медицинских учреждений к своему здоровью, эмпирический объект исследования — работники медицинского учреждения, разделенные на группы в зависимости от наличия медицинского образования, уровня образования, стажа, пола, возраста. Предмет исследования — отношение к здоровому образу жизни сотрудников медицинского учреждения в условиях наличия экспертного знания и опыта.

В деперсонализированном опросе приняли участие 222 респондента. Все респонденты трудоустроены в медицинском учреждении. Среди опрошенных 24% врачей, 68% медицинских сестер/братьев, а также опрошены прочие работники без среднего специального или высшего медицинского образования — 8%.

В ходе опроса респондентам было задано несколько блоков вопросов: об отношении к ценности здоровья, о субъективных оценках своих усилий по поддержанию здоровья, об отношении к диспансеризации и о вредных привычках. Представленные связи являются статистически значимыми, максимальный уровень допустимой двухсторонней асимптотической значимости не превышает 0,050.

Типы поведения работников медицинского учреждения выделялись двумя способами: с помощью индикаторов среди предложенных вариантов ответа, с помощью построения новых переменных.

Результаты опроса. Все респонденты в 2021 г. прошли диспансеризацию в одном из диагностических центров столицы¹². Основной мотив прохождения диспансеризации работников медицинского учреждения соответствует поведению конформистов — это желание контролировать состояние своего здоровья, с таким

¹² Приказ Минздрава России от 28.01.2021 N 29н (ред. от 01.02.2022) “Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры” (Зарегистрировано в Минюсте России 29.01.2021 N 62277).

мотивом согласен каждый второй работник. 41% отмечают, что вынуждены пройти диспансеризацию для соблюдения требований своего учреждения, что в большей степени соответствует поведению ритуалистов. Люди, которые употребляют алкоголь выше установленной кардиологами дневной нормы, чаще других в качестве мотива для прохождения диспансеризации выбирают необходимость для отчетности по работе. Иными словами, девиантные привычки скорее свойственны работникам медицинских учреждений, которые не относятся к конформистам.

Взгляды на прохождение диспансеризации детерминированы социально-демографическими характеристиками. Люди старше 35 лет чаще, чем молодежь, отмечают, что хотят контролировать состояние своего здоровья. Эту же причину как мотив прохождения диспансеризации чаще выбирают те, у кого есть высшее образование.

Порекомендуют проходить диспансеризацию значимым другим - членам своей семьи 83% респондентов, только 9% скорее не порекомендуют. Рекомендующие проходить диспансеризацию своим родственникам чаще проходят диспансеризацию для контроля состояния здоровья и из-за желания быть спокойными о состоянии своего организма, но реже проходят диспансеризацию только потому, что ее прохождение установлено внутренним регламентом.

48% респондентов обратятся к другим медицинским специалистам для прохождения профилактического осмотра в этом году помимо пройденной диспансеризации. 35% скорее не обратятся, остальные затрудняются дать ответ. Иными словами, деятельность, направленная на поддержание оптимальных параметров здоровья и выходящая за рамки диспансеризации¹³, характерна примерно каждому второму работнику медицинской организации. Полученные результаты коррелируют с результатами другого исследования, в котором отмечается, что необходимость оптимизации образа жизни и своевременного обращения за медицинской помощи не является для медиков (как и населения в целом) первоочередной задачей в отличие от решения бытовых проблем¹⁴. Чаще к другим специалистам обратятся те, у кого есть дети, что позволяет предположить, что от-

¹³ Шаповалова И.С., Вангородская С.А., Полухин О.Н., Пересыпкин А.П., Кириленко А.В. Самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 1.

¹⁴ Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Здоровье и образ жизни медицинских работников психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 2.

ветственность за собственное здоровье может коррелировать с чувством ответственности за организацию быта других членов семьи.

Респондентов попросили оценить по пятибалльной шкале уровень удовлетворенности процессом прохождения диспансеризации. В большей степени сотрудники медицинского учреждения удовлетворены количеством специалистов, которое они посетили, в меньшей степени их удовлетворили консультации после проведения диспансеризации, а также возможность принять пищу после сдачи анализов в поликлинике. Результаты проведенного факторного анализа в различных возрастных группах продемонстрировали соотношение ключевых условий качества и удобства прохождения диспансеризации. Молодежь помимо качества исследований и консультаций, а также объема исследований обращает внимание на возможность приема пищи, места и времени прохождения диспансеризации. Люди в возрасте от 36 до 45 лет большее внимание уделяют времени прохождения диспансеризации, возможности принять пищу и качеству исследований и консультаций специалистов. В возрасте от 46 до 55 лет внимание уделяется чаще диагностическим процедурам, а также возможности принять пищу. Люди в возрасте старше 56 лет игнорируют фактор возможности приема пищи, но обращают внимание на необходимость получения консультации после прохождения диспансеризации. Результаты факторного анализа подтверждают ранее полученные данные, согласно которым люди старше 55 лет чаще проходят диспансеризацию не для отчетности по работе, а в рамках заботы о своем здоровье. Примечательно, что люди предпенсионного возраста не отмечают возможность принять пищу, хотя на диспансеризацию приезжают на голодный желудок. Предполагаем, что это связано с ранними установками, согласно которым в медицинских учреждениях было невозможно принимать пищу.

Для сравнения ключевых условий прохождения диспансеризации были созданы новые переменные посредством суммарного индекса, таким образом, мы сложили уровень удовлетворенности и время ожидания приема специалистов в один критерий, маршрутизацию между кабинетами и место для приема пищи после сдачи анализов в другой критерий, отдельными критериями стало качество и количество исследований и консультаций. С помощью Т-критерия для парных выборок удалось установить, что количеством исследований довольны значительно в большей степени, чем их качеством. Также такими критериями, как местом нахождения и временем в диагностическом центре довольны больше, чем наличием места для питания и внутренней маршрутизацией пациентов.



Рис. 1. Уровень удовлетворенности условиями прохождения диспансеризации, %

Различий между объемом исследований и их качеством не выделяют те, кто скорее не порекомендует проходить диспансеризацию членам своей семьи, а также те, кто ставит низкие оценки своим действиям по заботе о своем здоровье, т.е. ритуалисты. Чаще конформисты, т.е. те, кто рекомендует проходить диспансеризацию членам своих семей, довольны объемом исследований, консультациями после проведения диспансеризации.

Основные причины обращения к врачу среди опрошенных — острые недомогания (56%), оформление листа нетрудоспособности (40%), а также 37% отметили прохождение планового осмотра. Каждый четвертый обратится к специалисту в случае первых признаков недомоганий, каждый пятый только, если проверенные методы не действуют. Большинство респондентов с высокой вероятностью порекомендуют обратиться к врачу своим близким при выявлении у них первых признаков болезни. Те, кто порекомендует своим близким пройти диспансеризацию, с большей вероятностью порекомендует и обратиться к врачу при первых признаках болезни.

Выявлена статистически-значимая связь между наличием вредных привычек и обращением за медицинской помощью. На плановый осмотр чаще обращаются те, кто не курит. Те, кто вообще не употребляет алкогольные напитки, чаще обращаются к врачу для прохождения планового осмотра. Данные связи подтверждают вывод о том, что практики саморазрушительного поведения имеют обратную корреляцию с практиками самосохранительного поведения.

Люди, удовлетворенные материальным положением или частично удовлетворенные, чаще обращаются к врачу для прохождения планового осмотра, реже в случае острых недомоганий. Люди, не удовлетворенные материальным положением, чаще обращаются к врачу в ситуации, если назначенные ранее средства не помогли. Люди старше 56 лет реже других обращаются к врачу при первых признаках недомоганий, это объясняется особенностями старения организма. Молодежь до 36 лет реже других обращается к врачу в случае острых признаков недомоганий.

Работников медицинского учреждения попросили оценить свое психологическое и физическое состояние здоровья по 10-балльной шкале, далее перекодировали шкалу до 3-балльной. 3% оценили свое физическое состояние как плохое, 4% аналогичного мнения о своем психологическом состоянии. 38% оценивают свое физическое состояние на средние баллы, только 20% дают аналогичные оценки своему психологическому состоянию. 59% считают, что их физическое состояние хорошее, 76% думают так о психологическом состоянии. Средний балл психологического здоровья выше, чем физического: 8,2 балла — средняя оценка психологического здоровья и 7,72 балла средняя оценка физического состояния по 10-балльной шкале. Чем выше оценка психологического здоровья, тем выше оценка физического состояния. Определяющим является именно оценка психологического здоровья, ее значение предопределяет оценку физического состояния. Данные результаты подтверждены с помощью коэффициента Лямбды. Такая связь не сохраняется в группе курящих людей.

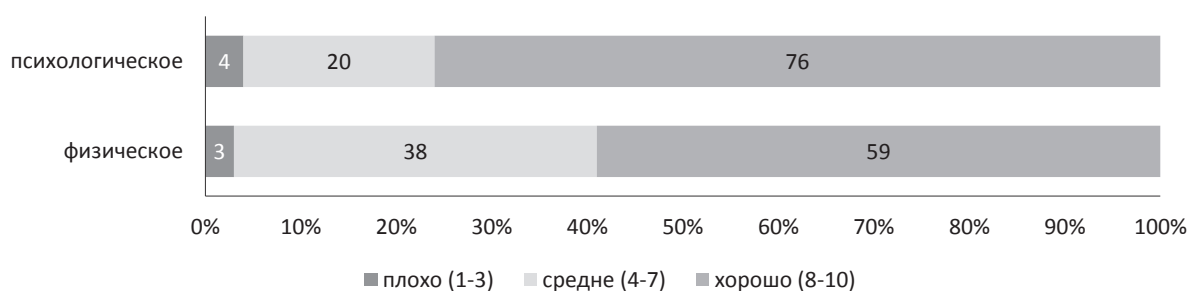


Рис. 2. Самооценка психологического и физического здоровья, %

Возраст и пол предопределяют оценки здоровья: мужчины ставят более высокие оценки физической форме, чем женщины. Чем старше возраст, тем ниже средние оценки физического и психологического здоровья. Примечательно, что среди людей в возрасте до 35 и старше 56 лет нет прямой или обратной связи между оценками психологического и физического здоровья. Такие связи могут объясняться тем, что до 35 лет здоровье еще не беспокоит, а после 56

приходит понимание и принятие ухудшения здоровья из-за возраста.

У тех, кто употребляет алкоголь не чаще нескольких раз в год, статистически значимыми являются различия между физическим и психологическим самочувствием — психологическое значительно выше. У употребляющих алкоголь регулярно (ежемесячно и чаще) и не употребляющих вообще различий между оценками психологического и физического здоровья нет. Значит те, кто ограничивает прием алкогольных напитков до нескольких раз в год, делает это по причине физического самочувствия, что демонстрирует рациональное отношение к поддержанию своего здоровья, которое исходя из субъективных оценок, не в лучшей форме.

Работников медицинских учреждений попросили оценить, насколько для них важно быть здоровым и физически активным, а также свои действия, направленные на достижение желанного результата по 5-балльной шкале. Средние оценки желания быть здоровым 4,68. Средний балл оценок того, как получается следить за здоровьем 3,7. В среднем свои успехи по контролю за распределением физических нагрузок оценивают на 3,7, когда средний балл важности распределения физических нагрузок — 4,2. Различия между важностью ценности и собственными действиями следующие: ценность всегда оценивают выше, чем собственные усилия, такие различия статистически значимы. Разрыв между ценностью и действиями больше, когда речь идет о здоровье в целом, чем о физических нагрузках.



Рис. 3. Уровень важности ценности и самооценки собственных действий, %

Важность ценности здоровья оценивают выше те, кто не курит, эта связь статистически значима и подтверждена с помощью проверки связей методом однофакторного дисперсионного анализа:

средний балл важности ценности здоровья среди курящих 4,54, а среди тех, кто не курит 4,72.

У курящих людей отсутствует прямая корреляционная связь между тем, насколько получается следить за здоровьем и насколько это важно, у некурящих людей такая связь выражена больше. Отсутствие подобной связи демонстрирует факт понимания курящими людьми урона своему здоровью, мы можем сказать, что “нормальная аномия” выражается в отсутствии синхронизации ценностей и действий, направленных на достижение этой ценности.

Таблица 1

Сравнение средних показателей отношения к физической нагрузке и здоровью в зависимости от наличия вредных привычек, средний балл

	Физическая нагрузка				Здоровье			
	Важность	Реальность	Разница средних	Значимость различий между ценностью и действием	Важность	Реальность	Разница средних	Значимость различий между ценностью и действием
Общее	4,2	3,7	0,5	0,000	4,68	3,7	0,98	0,000
Курящие	4	3,63	0,37	0,005	4,53	3,67	0,86	0,000
Некурящие	4,26	3,7	0,57	0,000	4,72	3,69	1,037	0,000
Ежемесячно	4,27	3,71	0,56	0,000	4,7	3,71	0,99	0,000
Ежегодно	4,13	3,61	0,52	0,000	4,73	3,7	1,029	0,014
Не пью	4,21	3,79	0,43	0,000	4,53	3,74	0,8	0,000

Ценность здоровья и умеренных физических нагрузок оцениваются выше собственных попыток реализовать эти ценности: разница средних оценок в парах “ценность — собственные усилия” в отношении физических нагрузок и здоровья в целом статистически значима. Отсутствие наивысшей оценки попыток сохранения здоровья и умеренной физической нагрузки объясняются приверженностью респондентов к модели ритуализма, а не конформизма.

В ходе исследования удалось выявить идеальный тип конформистов и ритуалистов, в первую группу вошло 35 человек, во вторую 29. К первой группе **конформистов** относятся те, кто оценивают здоровье как наивысшую ценность (ставят балл “5” по 5–балльной шкале») и прикладывают максимум усилий по его сохранению в рамках институционализированной медицины. Во вторую группу

ритуалистов входят те, кто оценивает важность ценности здоровья на “4” из “5”, также характеризуют свои усилия по сохранению данной ценности (на “4” из “5”). Среди тех, кого мы относим к конформистам, на 13% больше врачей, чем среди ритуалистов. Конформисты значительно реже проходят диспансеризацию ради отчетности по работе, чем ритуалисты. Ритуалисты в меньшей степени удовлетворены количеством исследований во время диспансеризации. Конформистам в большей степени важно распределять физические нагрузки.

Полученные результаты опроса демонстрируют вариативность моделей поведения по отношению к своему здоровью в экспертной группе, обладающей медицинскими знаниями и опытом, который стремятся популяризировать в массах для профилактики различных заболеваний. Факт наличия профессиональных экспертных знаний влияет на предпочтительный тип поведения в условиях анонии: обладающие большей профессиональной квалификацией (врачи) скорее оказываются конформистами, в то время как обладающие обрывочными знаниями, построенными на основе наблюдений — медицинские сестры и работники административного блока чаще склонны к ритуализму, т.е. выполнению предписанных регламентами и обществом действий без наличия глобальной цели заботы о здоровье, а ради закрытия формальностей. Ритуалисты согласны выполнять определенные обязательные ритуалы, например, проходить диспансеризацию, но не проявляют дополнительных инициатив. В то время как конформисты характеризуются проявлением большего количества действий в отношении своего здоровья. Результаты опроса подчеркивают эффективность наличия экспертных знаний и позволяют подтвердить необходимость дальнейшей популяризации знания в обществе для профилактики рисков различных заболеваний.

Несмотря на осознанное отношение к существующим рискам, например, риску курения или игнорированию профилактических приемов, некоторые медицинские работники воспринимают такие практики как нормальные, привычные¹⁵. С одной стороны, такое стирание границ между осознанием опасности и принятием ее является выражением “нормальной анонии”¹⁶, что помогает адаптироваться в обществе и, например, снижает синдром эмоциональ-

¹⁵ Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. № 3.

¹⁶ Кравченко С.А. “Нормальная анония”: производство “ничто” // Социологическая наука и социальная практика. 2016. № 3. С. 17–33.

ного выгорания, с другой стороны, это негативно складывается на физическом здоровье медицинских работников, ведет к возникновению хронических заболеваний и подает негативный пример людям, доверяющим поведению экспертов (в данном случае медицинских работников) и воспроизводящих их собственные практики поведения. Таким образом, подобное поведение медицинских работников не позволяет говорить о поддержке гражданского общества в реализации национальных программ, направленных на формирование здоровья-сбережения и использования самосохранительных практик¹⁷.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986.

Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. № 3. DOI: <https://doi.org/10.21638/spbu12.2018.306>.

Гатиятуллина Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников // Вестник современной клинической медицины. 2016. № 3.

Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М., 1991.

Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы // ВНМТ. 2012. № 3.

Кравченко С.А. “Нормальная аномия”: производство “ничто” // Социологическая наука и социальная практика, 2016. № 3. С. 17–33.

Мертон Р. Социальная структура и аномия. М., 1966.

Мертон Р. Социальная теория и социальная структура // Социс. 1992. № 2–4.

“Нормальная аномия” в России и современном мире: Коллективная монография / Под общ. ред. С.А. Кравченко. М., 2017.

Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2017. Т. 23. № 3. С. 4–29.

Петрова Л.Е. Табакокурение в среде медицинских работников: проблемы и возможные пути их решения // Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 3. С. 48–53.

Ростовская Т.К., Иванова А.Е., Князькова Е.А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования Демографическое самочувствие России) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 1. С. 66–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75>

¹⁷ Ростовская Т.К., Иванова А.Е., Князькова Е.А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования Демографическое самочувствие России) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 1. С. 66–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75>

Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Здоровье и образ жизни медицинских работников психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 2.

Сокол А.Ф. Здоровье и болезни врачей: динамика социально-психологических особенностей // Здоровье и образование в XXI веке. 2015. № 4.

Шаповалова И.С., Вангородская С.А., Полухин О.Н., Пересыпкин А.П., Кусиленко А.В. Самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 1.

REFERENCES

Antonov A.I. Problemy izuchenija samosohranitel'ngo povedenija naselenija v demografii [Studying the Self-preserving Behavior of the Population in Demography] // Demograficheskoe povedenie i vozmozhnosti social'nogo vozdejstviya na nego v usloviyah socializma. M., 1986 (in Russian).

Bojarkina S.I. Uslovija truda rossijskih vrachej: riski dlja zdorov'ja i infekcionnoi bezopasnosti [Working Conditions of Russian Medical Professionals: Risks to Health and Infectious Safety] // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sociologija. 2018. N 3 DOI:<https://doi.org/10.21638/spbu12.2018.306> (in Russian).

Cvetlichnaja T.G., Smirnova E.A. Zdorov'e i obraz zhizni medicinskih rabotnikov psixiatricheskih uchrezhdenij [Health and Lifestyle Characteristics of Medical Professionals working in Psychiatric Facilities] // Social'naja i klinicheskaja psixiatrija. 2015. N 2 (in Russian).

Djurkgejm, E. O razdelenii obshhestvennogo truda [The Division of Labour in Society]. Metod sociologii. M., 1991 (in Russian).

Ermolina T.A., Martynova N.A., Kalinin A.G., Krasil'nikov S.V. Sostojanie zdorov'ja medicinskih rabotnikov. Obzor literatury [State of Health of Medical Workers. Literature Review] // VNMT. 2012. N 3 (in Russian).

Gatijatullina L.L. Sostojanie zdorov'ja medicinskih rabotnikov [State of Health of Medical Workers] // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. 2016. N 3 (in Russian).

Kravchenko S.A. "Normal'naja anomija": proizvodstvo "nichts" ["Normal Anomie": the Production of "Nothing"] // Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika. 2016. N 3. S. 17–33 (in Russian).

Merton R. Social'naja struktura i anomija [Social Structure and Anomie]. M., 1966 (in Russian).

Merton R. Social'naja teorija i social'naja struktura [Social Theory and Social Structure] // Socis. 1992. N 2–4 (in Russian).

"Normal'naja anomija" v Rossii i sovremennom mire: kollektivnaja monografija [Normal Anomie in Russia And Modern World] / Pod obshhej red. S.A. Kravchenko-M., 2017 (in Russian).

Osipova N.G., Semina T.V. Lichnost' vracha v sovremennom sociume: ideal'nyj tip i professional'nye deformacii [The Doctor's Personality in Modern Society: the ideal Type and Professional Deformation] // Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 18. Sociologija i politologija. 2017. T. 23. N 3. S. 4–29 (in Russian).

Petrova L.E. Tabakokurenje v srede medicinskih rabotnikov: problemy i vozmozhnye puti ih reshenija [Smoking among Healthcare Workers: Problems and ways of Dealing with them] // Glavnyj vrach: hozjajstvo i pravo. 2012. N 3 (in Russian).

Rostovskaja T.K., Ivanova A.E., Knjaz'kova E.A. Praktiki samosohranitel'nogo povedenija rossijan (rezul'taty vsерossijskogo sociologicheskogo issledovaniya De-

mograficheskoe samochuvstvie Rossii) [The Practice of Self-Preserving Behavior among Russian citizens: the Results of the All-Russian Sociological Study “The Demographic Well-Being of Russia”] // Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny. 2021. T. 29. N 1. S. 6–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75> (in Russian).

Shapovalova I.S., Vangorodskaja S.A., Poluhin O.N., Peresypkin A.P., Kisilenko A.V. Camosohranitel'noe povedenie rossijan: dispozicii i riski [The Self-Preserving Behavior of Russian Population: Dispositions and Risks] // Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny. 2020. N 1 (in Russian)

Sokol A.F. Zdorov'e i bolezni vrachej: dinamika social'no-psihologicheskikh osobennostej [Health and Diseases of Doctors: Dynamics of Social and Psychological Features] // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2015. N 4 (in Russian).