

DOI 10.34883/PI.2021.12.4.008
УДК 616.12-008.313.2: 614.253.81

Карпинский К.В.¹, Бойко С.Л.²

¹ Гродненский государственный университет имени Я. Купалы, Гродно, Беларусь

² Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Karpinski K.¹, Boiko S.²

¹ Yanka Kupala Grodno State University, Grodno, Belarus

² Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Ретестовая надежность и экологическая валидность шкалы аттитюдов в области здравоохранения

Retest Reliability and Ecological Validity of the Scale of Attitudes in the Field of Healthcare

Резюме

Представлены результаты валидизации опросника «Шкала аттитюдов в области здравоохранения», предназначенного для измерения оценочных отношений испытуемого к различным субъектам, объектам и явлениям в сфере здравоохранения, на материалах белорусских популяционных выборок суммарной численностью 835 человек, в том числе в период распространения инфекции COVID-19. Опросник позволяет диагностировать индивидуальную выраженность антилекарственного, рентного, стоического, антиэлитарного, антибюрократического, деонтологического аттитюда, а также аттитюда возрастной дискриминации и фаворизма в отношении врача. В ходе психометрической проверки опросника подтверждены его экологическая валидность, консистентная и ретестовая надежность. Представленная методика может использоваться в психодиагностических обследованиях и научных (психологических и медико-социологических) исследованиях, объектом которых выступает человек как субъект отношений с работниками и организациями здравоохранения по поводу здоровья, болезни и медицинской помощи.

Ключевые слова: шкала аттитюдов, аттитюды в области здравоохранения, экологическая валидность, ретестовая надежность.

Abstract

There are presented the results of validation of the questionnaire "Scale of attitudes in healthcare" developed to measure the evaluation of the relationship of the subject to different subjects, objects, and phenomena in the field of health, based on the materials of the Belarusian population samples of total number of 835 people, including in the period of the infection COVID-19. The questionnaire lets to diagnose the individual severity of anti-drug, rent, stoic, anti-elitist, anti-bureaucratic, deontological attitudes, as well as the attitudes of age discrimination and favoritism towards the doctor. During the psychometric verification of the questionnaire, its environmental validity, consistency and retest reliability were confirmed. The presented method can be used in psychodiagnostic examinations and scientific (psychological and medical-sociological) studies, the

object of which is a person as a subject of relations with health care professionals and organizations on the issues of health, illness and medical care.

Keywords: attitude scale, attitudes in the field of healthcare, environmental validity, retest reliability.

■ ВВЕДЕНИЕ

Современная система здравоохранения представляет собой сложноорганизованный и многоуровневый социальный институт, который системно обслуживает удовлетворение разнообразных потребностей граждан и характеризуется высокой интенсивностью непосредственных и опосредованных контактов с населением. Судя по статистическим показателям обеспеченности населения медицинской помощью, практически каждый современный человек к определенному возрасту приобретает опыт взаимодействия с работниками и учреждениями, представляющими систему здравоохранения. В силу объективной значимости медицинских услуг для удовлетворения базовых потребностей и реализации ведущих ценностей человека этот опыт взаимодействия, как правило, носит эмоционально насыщенный характер и кристаллизуется в форме мотивационно-смысловых структур, определяющих устойчивое оценочное отношение человека к системе здравоохранения в целом, ее частным институциям и отдельным представителям. Приобретенный опыт опосредует социальное познание и регулирует социальное поведение человека в области отношений по поводу личного здоровья и болезни, в одних случаях способствуя эффективному сотрудничеству с медицинскими работниками и учреждениями, а в других – препятствуя получению полноценной медицинской помощи.

Одной из основных психологических форм накопления и реализации индивидуального опыта взаимодействия человека с системой здравоохранения выступает аттитюд (социальная установка). Он представляет собой психический «след» реальных (практических) и/или идеаторных (информационно-символических) столкновений человека в своей повседневной жизнедеятельности с конкретными субъектами, объектами и явлениями из области здравоохранения. Фиксируя прошлый опыт, аттитюд при каждом новом столкновении с соответствующей сферой социальной действительности обогащается новым содержанием, вследствие чего изменяется и дифференцируется. Аттитюды по отношению к здравоохранению образуют разветвленную, иерархически-уровневую систему аттюдиальной (установочной) регуляции социального поведения человека в области отношений здоровья и болезни. Обычно в системе аттитудов к здравоохранению представлены отношения различной оценочной модальности и степени обобщенности. Это объективно обусловлено множественностью и широким разнообразием субъектов, объектов и явлений, репрезентирующих здравоохранение в повседневном опыте человека. Так, наряду с общими аттитюдами к здравоохранению и медицине в целом могут существовать парциальные аттитюды к врачам и медсестрам, которые будут отличны по своему эмоциональному знаку. Пластичность и динамизм системы разноуровневых аттитудов, охватывающих определенную сферу

социальной реальности, придают психические процессы когнитивной и смысловой природы, связанные с генерализацией, дифференциацией, иррадиацией и прочими преобразованиями индивидуально-личностных отношений человека.

В зарубежной психологии, социологии и медицине исследования аттитудов в области здравоохранения (healthcare-related attitudes) имеют сравнительно давнюю традицию и осуществляются как в чисто научных, так и прагматически-утилитарных целях. Эти исследования существенно различаются по субъекту («Кто относится?»), объекту («К чему относится?») и методам эмпирического изучения аттитудов.

В зависимости от носителя дифференцируются, с одной стороны, житейские аттитуды, свойственные пациентам (health care patients attitudes) и потребителям медицинских услуг (health care consumers attitudes), их родителям и близким родственникам (parental and relatives attitudes) или широкой общественности (public attitudes), а с другой стороны, профессиональные аттитуды, присущие медицинским работникам и студентам (health care staff, workers, trainers, practitioners, providers, students attitudes). Основными объектами житейских аттитудов обычно служат заболевания, отдельные труднопереносимые симптомы, медицинский персонал (доктора, медсестры, регистраторы и т. д.), лечебные процедуры и врачебные предписания, конвенциональная и нетрадиционная медицина, здоровый образ жизни и вредные привычки, а также некоторые медицинские практики и технологии (эвтаназия, донорство и трансплантация органов, аборт и т. п.) [1–6]. Что касается профессиональных аттитудов, то в качестве их объектов, как правило, фигурируют пациенты с определенным заболеванием, медицинские практики и технологии, терапевтические препараты, должностные обязанности, организационные реформы и законодательные нововведения в системе здравоохранения, различные аспекты врачебного профессионализма и медицинской этики, профессиональная карьера в здравоохранении и многое другое [7–9].

В отечественной науке и практике психологические и медико-социологические исследования аттитудов в сфере здравоохранения не столь разнообразны и многочисленны [10–12]. Такое положение дел во многом продиктовано отсутствием оригинальных диагностических методик, предназначенных для выявления и измерения аттитудов к субъектам, объектам и явлениям в данной области общественных отношений. Представленное психометрическое исследование нацелено на восполнение данного методического пробела.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Стимульный материал пилотажной версии методики был представлен 70 пунктами, имеющими вид обобщенных оценочных суждений, сформулированных в утвердительной форме. При этом соблюдались стандартные требования, предъявляемые к формулировкам стимульного материала шкалы аттитудов как особой разновидности стандартизированного самоотчета, в частности: оценочность (пункт должен быть облечен в форму оценочного утверждения), генерализованность (оценочное суждение, выражаемое пунктом, должно быть адресовано не единичному объекту, а целому классу объектов), тотальность

(оценочное суждение должно распространяться на максимально широкий круг ситуаций, а не на какой-то узкий и специфический контекст взаимодействия с объектом). Данная редакция методики предъявлялась случайной по составу и гетерогенной по социально-демографическим признакам выборке испытуемых. Все испытуемые были пациентами амбулаторной сети г. Гродно, не имели профессионального медицинского образования и трудовой занятости в сфере здравоохранения. Обследование проводилось на добровольной анонимной основе с соблюдением принципа информированного согласия. После отбраковки некорректно заполненных диагностических пакетов численность выборки составила 583 человека, средний возраст – 47 ± 12 лет.

Ретестовая надежность методики анализировалась на материале обследования выборки объемом 69 человек в возрасте от 31 года до 66 лет (43 ± 9 лет), включающей 38 мужчин и 31 женщину. Испытуемые тестировались дважды с 3,5-недельным интервалом в феврале 2021 г.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В отличие от анкет и прочих опросных методов, где аттитюд отождествляется с оценочным мнением, непосредственно выраженным респондентом в ответ на одиночный вопрос об отношении к некоему объекту или явлению, в рамках психометрического подхода он рассматривается как латентная переменная, которая манифестируется в вариативных, но при этом содержательно близких оценочных суждениях, т. е. составляет их скрытую инвариантную основу. При факторно-аналитическом подходе к разработке методики разнообразные оценочные суждения, составляющие стимульный материал, принимаются в качестве внешних проявлений аттитюда, тогда как сам аттитюд презентуется фактором, интегрирующим в своей структуре некоторое число родственных оценочных суждений.

При проектировании методики и разработке стимульного материала мы изначально предполагали, что она будет многомерным (многофакторным) опросником, а основанием для ее расщепления на шкалы (факторы) выступит многообразие объектов оценочного отношения. Другими словами, мы ожидали, что аттитюды в области здравоохранения будут дифференцироваться по объектному критерию (объекту отношения со стороны человека). Эксплораторный факторный анализ по методу максимального правдоподобия (maximum likelihood) с последующим варимакс-вращением (varimax normalized) матрицы факторных нагрузок позволил выделить 8 статистически состоятельных и содержательно идентифицируемых факторов. Решение об экстракции каждого отдельного фактора принималось при выполнении комплекса требований: 1) не менее трех пунктов методики, значимо нагружающих фактор (при пороговом значении факторной нагрузки $>0,50$); 2) отсутствие у пунктов одного фактора весомых кросс-нагрузок на другие факторы; 3) собственное значение фактора $\geq 1,0$.

На материале выборки объемом 69 человек при повторном тестировании испытуемые дополнительно отвечали на два вопроса: 1) «Приходилось ли Вам обращаться к врачу или посещать учреждения здравоохранения по какому-либо поводу (лечение, оформление медицинской документации и т. д.) в промежутке между сегодняшним и предыдущим

тестированием? (нет/да); 2) «Если приходилось, то в какой степени Вы остались довольны этим обращением или визитом? (от 0 до 100 баллов, где 0 баллов означает крайнюю неудовлетворенность, а 100 баллов – полную удовлетворенность)». Эти вопросы вводились с тем, чтобы оценить модифицирующее влияние нового опыта взаимодействия с системой здравоохранения в лице ее работников и организаций на attitudes испытуемого. Обработка результатов показала, что 28 человек имели опыт обращения к врачу / посещения учреждения здравоохранения, который в среднем оказался удовлетворительным на 59,2 балла из 100 возможных. Восьмифакторное решение и конфигурация пунктов методики проявили приемлемый уровень структурной инвариантности: CMIN = 1,98, RMSEA = 0,03, CFI = 0,97, GFI = 0,96, 0, AIC = 0,74. Величины коэффициентов ретестовой надежности (r_{tt}), подсчитанные по формуле коэффициента корреляции К. Пирсона для пунктов и субшкал методики, приведены в табл. 1. Они вычислялись на общем материале всей выборки (N=69), а также отдельно для двух групп испытуемых – имевших (N=28) и не имевших (N=41) опыта взаимодействия с системой здравоохранения в интервале между первичным и повторным замерами.

Таблица 1
Результаты оценки ретестовой надежности

Table 1
Results of evaluation of retest reliability

Субшкалы и пункты методики	r_{tt} N=69	r_{tt} N=41	r_{tt} N=28
Антилекарственный аттитюд	0,89	0,90	0,83
Прием любого лекарственного препарата отравляет организм	0,84	0,84	0,81
Методы народной медицины безопаснее и эффективнее, чем современные лекарства	0,87	0,90	0,86
У лекарств гораздо больше негативных последствий, чем отражено в инструкции по применению	0,91	0,91	0,88
Рентный аттитюд	0,86	0,87	0,79
Болезнь – это удобный предлог, чтобы не ходить на работу	0,93	0,92	0,89
Болезнь – хороший способ получать пособия и льготы	0,79	0,77	0,74
Болезнь – это хороший повод привлечь к себе внимание и получить заботу от окружающих	0,88	0,90	0,87
Стойкий аттитюд	0,85	0,85	0,82
Болезнь помогает осознать жизненные приоритеты	0,91	0,90	0,91
Болезнь помогает человеку понять, что в его жизни важно, а что нет	0,92	0,89	0,82
Болезнь приводит к пониманию ценности здоровья	0,77	0,81	0,78
Антиэлитарный аттитюд	0,84	0,88	0,79
Невозможно поддерживать здоровье, имея низкие доходы	0,89	0,89	0,83
В наши дни здоровье многим не по карману	0,82	0,85	0,81
Здоровый образ жизни доступен только богатым людям	0,82	0,82	0,77
Антибюрократический аттитюд	0,91	0,90	0,84
В организациях здравоохранения больше внимания уделяется статистическим показателям и бумагам, чем живым людям	0,95	0,94	0,71
Доктора перегружены побочной работой, не связанной с заботой о здоровье пациентов	0,88	0,86	0,85

Окончание табл. 1

Врачи больше озабочены заполнением медицинской документации, чем проблемами своих пациентов	0,90	0,92	0,77
Деонтологический аттитюд (медсестра)	0,87	0,88	0,81
Большинству медицинских сестер не хватает выдержки при работе с пациентами	0,83	0,86	0,82
Медсестры в своем большинстве недоброжелательны по отношению к пациентам	0,87	0,87	0,85
На рабочем месте медсестры обычно заняты личными проблемами, а не медицинской помощью пациентам	0,90	0,92	0,87
Аттитюды возрастной дискриминации и фаворитизма	0,91	0,91	0,89
Пожилые врачи вызывают больше доверия, чем молодые специалисты	0,94	0,96	0,85
Лечение собственного ребенка можно доверить только врачу с большим стажем	0,88	0,90	0,78
Большинство медицинских ошибок допускают молодые врачи	0,95	0,95	0,91
Деонтологический аттитюд (врач)	0,86	0,88	0,77
Врачи готовы пожертвовать собственным здоровьем ради помощи другим людям	0,75	0,75	0,74
Чаще всего врач безразличен к страданиям своих пациентов	0,81	0,83	0,79
Как правило, врачи относятся к людям формально и поверхностно	0,93	0,93	0,85

Судя по значениям коэффициента, рассчитанном на материале всей выборки, диагностические показатели как по отдельным пунктам, так и по субшкалам методики отличаются приемлемым уровнем ретестовой надежности в 3,5-недельном интервале ($0,75 \leq r_{tt} \leq 0,95$). Аналогичный вывод можно сделать, если рассматривать результаты раздельной проверки данного психометрического параметра в группах людей, имевших и не имевших опыта взаимодействия с системой здравоохранения в тест-ретестовый период. Тем не менее, обращают на себя внимание пониженные показатели ретестовой надежности для отдельных пунктов и субшкал в группе людей, контактировавших с работниками и учреждениями здравоохранения. Среднее значение коэффициента ретестовой надежности в первой группе составило 0,88, тогда как во второй группе – 0,82. Сравнение этих значений с помощью t-критерия Стьюдента (в данном случае выборку наблюдений составляли пункты и субшкалы методики, $N=32$) свидетельствует, что опыт взаимодействия с системой здравоохранения значимо и систематически «смещает» ответы испытуемых на вопросы методики ($t=4,72$, $df=62$, $p=0,00001$, Cohen's $d = 1,23$). Это говорит о том, что, во-первых, аттитюды активно ассимилируют новый опыт человека в области социальных отношений по поводу здоровья и болезни; во-вторых, разрабатываемая методика позволяет регистрировать содержательные сдвиги в аттитюдах, сохраняя при этом свою измерительную надежность.

Как следует из данных табл. 2, субшкалы методики обнаруживают слабо-умеренные взаимокорреляции ($0,08 \leq r \leq 0,30$). Это указывает на то, что измеряемые методикой аттитюды конституируют связную систему оценочно-смысловых отношений человека к различным субъектам, объектам и явлениям из сферы здравоохранения. В то же время эти аттитюды являются высокодифференцированными и функционально автономными, т. е. между ними нет жесткой прямолинейной зависимости,

Таблица 2
Взаимосвязи субшкал методики

Table 2
Relationships of subscales of the methodology

Субшкалы методики	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Антилекарственный аттитюд – F1	0,11	0,19	0,21	0,10	0,25	0,33	0,28
Рентный аттитюд – F2	×	0,08	0,09	0,18	0,25	0,07	0,15
Стоический аттитюд – F3		×	0,11	0,14	0,20	0,23	0,06
Антиэлитарный аттитюд – F4			×	0,21	0,25	0,14	0,29
Антибюрократический аттитюд – F5				×	0,24	0,08	0,11
Деонтологический аттитюд (медсестра) – F6					×	0,23	0,30
Аттитюды возрастной дискриминации и фаворитизма – F7						×	0,18
Деонтологический аттитюд (врач) – F8							×

Примечания: корреляции $r \geq 0,08$ значимы при $p \leq 0,05$; полужирным отмечены корреляции, начиная со слабых ($r > 0,20$).

когда изменение одного аттитюда вызывает заметные изменения в других социальных установках. Наибольшие по числу и тесноте корреляции с другими аттитюдами наблюдаются у аттитюдов, отражающих отношение к медицинской сестре и врачу. Это и закономерно, поскольку обыватель наиболее часто и непосредственно взаимодействует именно с этими фигурами, олицетворяющими в его глазах систему здравоохранения в целом.

В данном случае экологическая валидность понимается как способность методики улавливать трансформации аттитюдов населения в области здравоохранения, обусловленные реальными изменениями жизненного контекста. Сбор основного массива эмпирических данных для психометрической разработки методики производился в доэпидемический период (до марта 2020 г.). В период первой волны эпидемии COVID-19 медицинские работники при выполнении профессионального долга проявили самоотверженность и профессионализм, что закономерно привело к героизации образа медика и улучшению имиджа системы здравоохранения среди населения Республики Беларусь. В этой связи можно было ожидать, что релевантные аттитюды изменятся в положительную сторону по сравнению с доэпидемическим периодом.

С целью эмпирической проверки данного предположения в промежутке между первой и второй волнами пандемии (октябрь – ноябрь 2020 г.) шкалой аттитюдов в области здравоохранения была обследована популяционная выборка численностью 183 человека в возрасте от 19 до 79 лет (47 ± 17 лет), в том числе 110 мужчин и 73 женщины. На данной выборке методика продемонстрировала инвариантность своей факторной структуры: CMIN = 2,11, RMSEA = 0,04, CFI = 0,96, GFI = 0,95, 0, AIC = 1,05. Значимость и магнитуа межвыборочных различий в уровне выраженности аттитюдов определялись с помощью t-критерия Стьюдента и d-критерия Коэна соответственно (табл. 3).

Как показывают результаты расчетов, существуют статистически достоверные и практически значимые различия в уровне выраженности у населения некоторых аттитюдов в области здравоохранения в доэпидемический и эпидемический период. В частности, наблюдается существенное снижение негативного отношения к врачам (деонтологический

Таблица 3**Различия в уровне выраженности аттитудов в доэпидемический и эпидемический период****Table 3****Differences in the level of severity of attitudes in the pre-epidemic and epidemic periods**

Субшкалы методики	M ₁	M ₂	t (df=764)	d
Антилекарственный аттитюд	8,85	9,42	-2,32*	0,20
Рентный аттитюд	7,48	8,45	-3,53***	0,30
Стоический аттитюд	14,08	13,38	2,82**	0,24
Антиэлитарный аттитюд	10,33	10,08	0,88	0,07
Антибюрократический аттитюд	12,93	11,04	7,21***	0,59
Деонтологический аттитюд (медсестра)	9,01	8,91	-0,46	0,04
Аттитуды возрастной дискриминации и фаворитизма	10,66	11,06	-1,62	0,13
Деонтологический аттитюд (врач)	9,71	8,85	3,95***	0,43

Примечания: M₁ – среднее значение в доэпидемический период; M₂ – среднее значение в эпидемический период; t – эмпирическое значение критерия Стьюдента для независимых выборок; d – размер эффекта Коэна; * p≤0,001, ** p≤0,01, *** p≤0,05.

аттитуд) и системе здравоохранения в целом (антибюрократический аттитюд). Врачи стали восприниматься и оцениваться как более милосердные, сострадательные и жертвенные, а система здравоохранения – как менее равнодушная, циничная и бюрократизированная. Антилекарственные и рентные аттитуды, напротив, акцентуировались: люди стали с большим скепсисом относиться к лекарствам и находить больше побочных выгод в болезни. Хотя данные исследования не позволяют констатировать причинно-следственную связь, мы склонны связывать эти перемены в аттитудах воздействием эпидемии COVID-19.

В русле психометрической интерпретации полученные результаты свидетельствуют об экологической валидности методики, т. е. сензитивности ее показателей к жизненному контексту, в котором формируется и функционирует изучаемый диагностический конструкт.

■ ВЫВОДЫ

Для практики психодиагностики вышесказанное означает, что предлагаемая методика может быть использована для измерения не только эмоционально-оценочного отношения испытуемого, но и его приверженности стереотипным представлениям о различных субъектах, объектах и явлениях системы здравоохранения. Так, первая субшкала методики выявляет так называемый стереотип небезопасности и неэффективности лекарств; вторая – «стереотип личной выгоды от болезни», третья – «стереотип смысловенности болезни», четвертая – «стереотип дороговизны здорового образа жизни и качественной медицины», пятая – «стереотип системного бюрократизма в здравоохранении», шестая – «стереотип негативных деловых и личных качеств медицинской сестры», седьмая – «стереотип возрастного профессионализма врача», восьмая – «стереотип дегуманизации отношений врача с пациентом» (Бойко, Карпинский, 2021). Применение данной методики в научных исследованиях и диагностических обследованиях на контингенте медицинских работников не предусматривается ввиду выраженной

профессионализации и содержательной специфики их аттитюдов и аутостереотипов в отношении сферы здравоохранения.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования: Карпинский К.В., Бойко С.Л. Сбор и обработка материала: Бойко С.Л., Карпинский К.В. Статистическая обработка данных: Бойко С.Л. Написание текста: Карпинский К.В. Редактирование: Бойко С.Л.

Authors' contribution: concept and design of the study: Karpinsky K., Boyko S. Collection and processing of material: Boyko S., Karpinsky K. Statistical processing of data: Boyko S. Text writing: Karpinsky K. Editing: Boyko S.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Baker D.W., Cameron K., Feinglass J. (2005) Patients' attitudes toward health care providers collecting information about their race and ethnicity. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20 (10), pp. 895–900. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0195.x
2. Green J.A., Hohmann C., Lister K. (2014) Implicit and explicit attitudes towards conventional and complementary and alternative medicine treatments: Introduction of an Implicit Association Test. *Journal of Health Psychology*, vol. 21 (6), pp. 927–933. doi: 10.1177/1359105314542818
3. Lopez-Saez M., Puertas S., Sainz M. (2011) Why Don't Girls Choose Technological Studies? Adolescents' Stereotypes and Attitudes towards Studies Related to Medicine or Engineering. *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 14 (1), pp. 74–87. doi: 10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.6
4. Rolfe I.E., Pearson S.A., Cleary E.G. (1999) Attitudes towards community medicine: a comparison of students from traditional and community-oriented medical schools. *Medical Education*, vol. 33 (8), pp. 606–611.
5. Zhao M., Esposito N., Wang K. (2010) Cultural Beliefs and Attitudes Toward Health and Health Care Among Asian-Born Women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 39 (4), pp. 370–385. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01151.x
6. Hayman-White K., Happell B. (2005) Nursing students' attitudes toward mental health nursing and consumers: psychometric properties of a self-report scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 19 (4), pp. 184–193. doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.004
7. Jha V.A., Bekker H.L., Duffy S.R. (2007) Systematic review of studies as-sessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Medical Education*, vol. 41 (8), pp. 822–829. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02804.x
8. Pettersen S., Olsen R.V. (2006) Exploring predictors of health sciences students' attitudes towards complementary-alternative medicine. *Advances in Health Sciences Education*, vol. 12 (1), pp. 35–53. doi: 10.1007/s10459-005-3054-1
9. Smits P.B., Verbeek J.H. (2015) A questionnaire to measure medical students' attitudes towards occupational medicine. *Occupational Medicine*, vol. 65 (5), pp. 402–404. doi: 10.1093/occmed/kqv055
10. Bojko S., Karpinskiy K. (2021) Negativnye attitjudy i stereotipy sistemy zdavoohranenija u naselenija Respubliki Belarus [Negative attitudes and stereotypes of the health care system in the population of the Republic of Belarus]. *Voprosy organizacii i informatizacii zdavoohranenija*, no 1.
11. Donika A., Donika D., Eremina M. (2010) Jeticheskie attitjudy professionalnoj grupy vrachej [Ethical attitudes of the professional group of doctors]. *Biojetika*, vol. 3 (2), pp. 46–47.
12. Jurova I. (2015) Attitjudy sel'skih zhitelej s professionalnymi zabolevanijami k medicinskoj pomoshhi [Attitudes of rural residents with occupational diseases to medical care]. *Sovremennye issledovanija social'nyh problem*, vol. 10 (54), pp. 26–35.

Подана/Submitted: 08.03.2021

Принята/Accepted: 01.08.2021

Контакты/Contacts: karpkosta@tut.by, sduduk@yandex.ru