

## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПА ВРАЧЕЙ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ (ОБЗОР)

**М. М. Бочков** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, соискатель кафедры гигиены медико-профилактического факультета; **Т. В. Шелехова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой профпатологии, гематологии и клинической фармакологии, профессор, доктор медицинских наук; **И. Н. Луцевич** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой гигиены медико-профилактического факультета, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Рута** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры профпатологии, гематологии и клинической фармакологии, кандидат медицинских наук; **М. Р. Зайцева** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры профпатологии, гематологии и клинической фармакологии, кандидат медицинских наук.

### SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS OF DOCTORS' ACCESS TO HEALTH CARE (REVIEW)

**M. M. Bochkov** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Department of Hygiene of Medical Prophylactic Faculty; **T. V. Shelekhova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Hematology, Occupational Pathology and Clinical Pharmacology, Professor, DSc; **I. N. Lutsevich** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Hygiene of Medical Prophylactic Faculty, Professor, DSc; **A. V. Ruta** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Hematology, Occupational Pathology and Clinical Pharmacology, PhD; **M. R. Zaitseva** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Associate Professor of Department of Hematology, Occupational Pathology and Clinical Pharmacology, PhD.

Дата поступления — 20.10.2020 г.

Дата принятия в печать — 20.11.2020 г.

**Бочков М. М., Шелехова Т. В., Луцевич И. Н., Рута А. В., Зайцева М. Р.** Социально-гигиенические аспекты доступа врачей к медицинскому обслуживанию (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (4): 917–923.

В научной литературе регулярно появляются публикации, указывающие на необходимость оптимизации доступа врачей к медицинскому обслуживанию за счет уменьшения различного рода препятствий, с которыми они сталкиваются, однако, несмотря на широкий спектр мнений экспертов в этой области, существующие препятствия четко не определены. Целью нашей обзорной работы явилась систематизация накопленных в этом направлении материалов, проанализировано 44 источника зарубежной литературы в электронных базах данных MEDLINE® (1981-2016) и CINAHL (1982-2010). Анализ литературы показал, что информация недостаточно, несмотря на значимость изучения приверженности врачей к лечению с целью установления причинно-следственных связей и научного обоснования профилактических мероприятий. При изучении комплаентности врачей иностранных государств с большой долей вероятности результаты исследований можно экстраполировать на комплаентность врачей нашей страны.

**Ключевые слова:** гигиена, гигиена труда, комплаентность врачей, медицинская помощь врачам, профессиональные болезни.

**Bochkov MM, Shelekhova TV, Lutsevich IN, Ruta AV, Zaitseva MR.** Social and hygienic aspects of doctors' access to health care (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (4): 917–923.

We come across the regular publications that identify the importance of improvement of doctor's access to health care by the way of reducing various kinds of barriers. However, despite a wide range of expert opinions in this, the existing barriers are not clearly defined. The purpose of our review work is to systematize the accumulated materials in this area, 44 sources of foreign literature were analyzed in the electronic databases MEDLINE® (1981-2016) and CINAHL (1982-2010). Analysis of the literature shows that there is not enough information, despite the importance of studying the adherence of doctors to treatment in order to establish cause-and-effect relationships and scientific justification of preventive measures. When studying the compliance of foreign doctors, it is likely to extrapolate the results of research to the doctors of our country.

**Keywords:** hygiene, occupational health, doctor compliance, medical care for doctors, occupational diseases.

Часто врачей считают более здоровыми людьми, чем население в целом, потому что их стандартный уровень смертности ниже [1]. Однако врачи имеют та-

кие же, и даже выше, показатели хронических заболеваний и те же потребности в профилактике заболеваний, что и население в целом [2]. Основными вредными профессиональными факторами на рабочих местах врачей являются химические, физические, биологические, психоэмоциональные, а также эргономические, ко-

торые оказывают еще и комплексное неблагоприятное влияние. По официально подтвержденным диагнозам у врачей преобладают хронические полиэтиологические заболевания. Исследования последних лет по изучению состояния здоровья врачей определили их на пятое место по распространенности профессиональной заболеваемости, опережая даже работников химической промышленности. В отечественной и зарубежной литературе о здоровье врачей указывают на необходимость оптимизировать их доступ к медицинскому обслуживанию за счет уменьшения препятствий, с которыми приходится сталкиваться [3–5]. Профилактического эффекта в этом отношении можно добиться только в том случае, если текущее понимание поведения врачей будет объективно освещено и правильно интерпретировано. В качестве первого шага в статье представлен систематический обзор доказательств, связанных с отношением врачей к медицинскому обслуживанию их коллегами и препятствиями, с которыми они сталкиваются.

Для систематического поиска литературы использовались электронные базы данных MEDLINE® (1981–2016) и CINAHL (1982–2010). Ключевые слова были определены с помощью стратегии интерактивного поиска, включая дополнительные поисковые запросы по мере нахождения релевантных статей. Статьи также определялись с помощью ручного поиска в списках цитирования. Поиск ограничивался статьями, полные тексты которых были доступны на английском языке.

В обзоре представлены актуальные данные о доступе врачей к медицинской помощи. Признание пробелов в знаниях поможет сфокусировать будущие исследовательские проекты. Поощряется сравнение поведения врачей в отношении доступа к медицинскому обслуживанию с поведением населения в целом, то есть оценка комплаентности.

Финальной стратегией поиска для MEDLINE® была выбрана концепция: ( (Врачи/ИЛИ Врачи, Семья/ИЛИ Нарушение здоровья врача/ИЛИ Внутренняя медицина/ИЛИ семейная практика/) И (Самопомощь/ИЛИ самолечение/)) ИЛИ ( (Врачи/ИЛИ Врачи, Семья/ИЛИ Нарушение здоровья врача/ИЛИ Внутренняя медицина/ИЛИ Семейная практика/) И (Поведение в отношении здоровья/)). Аналогичная стратегия была использована для CINAHL.

Статьи, выбранные для настоящего аналитического обзора, содержали информацию, относящуюся к поведению врачей в отношении доступа к медицинскому обслуживанию — приверженности к лечению (например, состояли ли они на учете или консультировались с врачом, качество получаемых услуг) и/или описания препятствий, с которыми врачи сталкивались при доступе к медицинскому обслуживанию. Во всех статьях были собраны качественные или количественные данные от практикующих врачей (не студентов или смежных медицинских работников) напрямую, через опрос, фокус-группу, интервью или смешанными методами (то есть как качественные, так и количественные методы).

Поиск в электронных базах данных и списках цитирований позволил включить в этот систематический обзор 44 издания. В них были обнаружены двадцать три опроса практикующих врачей (шесть из которых также содержали некоторые комментарии респондентов) и три качественных исследования. Данные были собраны из многих стран, включая семь из Великобритании, шесть из США, пять из Австралии, два из Ирландии и по одному из Канады, Новой Зеландии, Израиля, Финляндии, Норвегии и Швейцарии. В большинстве исследований для выбора случайных

участников использовались регистрационные списки медицинских советов или колледжей. Девять исследований были посвящены терапевтам, а пять — врачам-хирургам. Большинство исследований проводились по почте, хотя качественные исследования основывались на фокус-группах и интервью.

Анализ опросов показал, что от 21 до 100% респондентов указали на контакты с терапевтами (табл. 1). Динамика ответов отражает особенности различных национальных систем здравоохранения, связанные с каждым исследованием. Некоторые системы требуют обязательной регистрации пациента у терапевта, например в NHS Великобритании. Таким образом, ожидаемо, что исследования из Великобритании будут иметь более 90% регистрации пациентов у терапевтов. Исследуемые популяции также различались по специальностям, возрасту и полу опрошенных практикующих врачей, и эти факторы могут объяснять разные ответы. Выбор «своего» терапевта — сложный процесс, который часто сопряжен с трудностями для врачей [6–9]. Врачи-женщины чаще описывали трудности такого рода [10], но с большей вероятностью находили независимого врача [11, 12]. Не все врачи выбирали терапевта, который является независимым (то есть кого-то, кто не является близким другом или родственником, включая супруга, и не является партнером по практике).

**Ходят ли к врачам врачи?** В исследованиях описывается, как часто врачи консультировались с другими врачами официально или неофициально. В обзорах некоторых авторов использовались определения формальных и неформальных консультаций, т.е. на формальной консультации врач видит своего коллегу так, как это делает обычный пациент. Неформальная консультация может происходить мимоходом: например, в качестве «коридорной консультации» [27]. От 24 до 87% респондентов заявили, что консультировались у врача в течение последнего года. Более высокие показатели, вероятно, включали неофициальные консультации с коллегами, хотя это не было четко указано в исследованиях [10, 13, 14, 27]. Неформальные, или «коридорные» консультации, по-видимому, более распространены, чем формальная помощь. Более 1/3 врачей использовали консультации в коридоре [10, 14–16, 27]. Даже когда консультация была официальной, врач мог проконсультироваться не со своим обычным врачом.

Два исследования показали, что врачи у терапевта чаще получали профилактическую медицинскую помощь [8, 17, 28], однако наличие «своего» терапевта не всегда обеспечивало высокую эффективность медицинского обслуживания при различных заболеваниях. Так, гипотетические эпизоды показали, что наличие терапевта предполагает адекватный выбор лечения в отношении соматических заболеваний, но не психических расстройств [10, 15, 28]. Врачи с хроническими заболеваниями реже обращались за официальной медицинской помощью, хотя они скорее должны были иметь семейного врача [29]. Вместе с тем следует признать факт противоречивости данных из различных источников, как отмечают ряд авторов [10, 12, 19, 30]. Это связано, по нашему мнению, с особенностями организации национальной системы здравоохранения и стандартами поведения населения стран. Отмечена гендерная разница в отношении проведения консультаций с врачом. Врачи-женщины консультируются с другими врачами чаще, охотнее, чем врачи-мужчины [9, 12, 19, 30], женщины также склонны к получению более неформальной врачебной помощи, особенно если у них супруг — врач [30].

Таблица 1

## Приверженность к лечению или комплаентность врачей по данным разных авторов

Автор (-ы) и годы	На учете у врача, %	На учете у партнера, %	На учете у друга, %	На учете у семьи или супруга, %	Считают себя «своим» врачом, %	Самолечились, %	Пользовались консультацией врача за последний год, %
Allibone A <i>et al.</i> , 1981 [13]	93	70a		—		33б	—
Kahn KL <i>et al.</i> , 1988 [14]	44			—			76б
Rennert M <i>et al.</i> , 1990 [15]	33			—		46	—
Richards C, 1989 [16]	96	28		—	0,7	—	25
Chambers R, Belcher G, 1992 [10]	100	40	—	20,2	24		—
Pullen D <i>et al.</i> , 1995 [17]	42				—		
Baldwin P <i>et al.</i> , 1997 [18]	66			—		66	—
Clarke G <i>et al.</i> , 1998 [12]	74	17	33	6	—	99	—
Forsythe M <i>et al.</i> , 1999 [19]	96	26a	—	1	5	90	42
McCall L <i>et al.</i> , 1999 [20]	43	13			—		87
Gross CP <i>et al.</i> , 2000 [11]	66	18		—	7		—
Rosen IM <i>et al.</i> , 2000 [21]	46	2			—		54
Shadbolt NE, 2002 [22]				—		50	—
Rosvold EO and Bjertness E, 2002 [23]				—		75б	68б
Campbell S and Delva D, 2003 [24]	67				—		66в
Davidson S and Schattner P, 2003 [25]	55				—		
Uallachain GN 2007 [26]				—		92	25
Schneider M <i>et al.</i> , 2007 [27]	21			—		58г	53

Примечание: а — данные доступны только для врачей общей практики; б — в течение последних трех лет; в — в течение последних двух лет; г — в течение последней недели.

**Самолечение.** От 33 до 99% врачей сообщили о «самолечении» (табл. 1). Большинство врачей считали приемлемым самолечение, особенно при легких заболеваниях [10, 22, 31]. Разница в процентах случаев самолечения, о которых сообщается, может заключаться в определении того, что составляет «самолечение». Это не было четко определено в большинстве исследований. Самолечение более распро-

странено среди врачей общей практики, чем среди узких специалистов [9, 11, 31]. Имеются данные, что даже если врач консультировался с другим врачом в течение последних трех лет (68%), 76% по-прежнему занимались самолечением [32].

**Препятствия.** В табл. 2 перечислены препятствия в получении врачебной помощи, о которых сообщили врачи. Для облегчения интерпретации

Таблица 2

## Препятствия в получении врачебной помощи

Категория	Подкатегория	Описание препятствия	Библиографические ссылки
Пациент	Смущение	Стыдится открывать себя коллегам лично и эмоционально	18, 22, 25, 32
		Чувствует себя неудачником, так как следует самому уметь справляться	9, 16, 23, 32

Категория	Подкатегория	Описание препятствия	Библиографические ссылки
Пациент	Смущение	Беспокоящая болезнь может быть банальной	9, 16, 22, 23, 25, 32
		Беспокоится, что самодиагностика или лечение могут быть неправильными	12, 16, 22, 28, 33
		Бойится навязываться другому занятому врачу	12, 16, 22, 28, 33
		Проблемы с психическим здоровьем	12, 17, 22, 25, 28, 33
	Время	Время	12, 16, 21, 23, 24, 25, 28, 34
	Затраты	Оплата консультации	15, 16, 12, 21, 35
		Недостаточная страховка	13, 35
	Специализация	Специализация врача	35
	Уже удовлетворен	Справляюсь сам, не нуждаюсь в медицинской помощи	12, 16, 23, 24, 25, 35
	Страх	Потеря контроля	9, 16, 22, 35
	Осознание последствий	Нежелание обременять коллег	13, 16, 36
	Знание	Осознание ограничений системы здравоохранения	9–16, 37
Легко отнести симптомы к незначительным		9–16, 37	
Поставщик	Конфиденциальность	Общая озабоченность	14, 24, 25, 37
		Доктора могут обсуждать медицинское обслуживание с коллегами	11, 14, 38
		Персонал может иметь доступ к персональным данным	16, 38
		Люди на рабочих местах могут получать конфиденциальную информацию	38
	Качество здравоохранения	Низкое качество	12, 16, 23, 24, 25, 38
		Неспособность относиться к пациенту-врачу как к обычному пациенту	12, 16, 24, 25, 36, 38
		Неспособность понимать особые нужды пациента-врача	35, 39
Система	Культура	Давление со стороны врачей — врач должен быть здоровым	16, 19, 23, 25, 35, 39
		Давление со стороны общества — врач должен быть здоровым	35, 39
		Самолечение — это нормально	16, 23, 25, 36, 39
		Партнеры/коллеги имеют тенденцию не вмешиваться	
	Структура	Нет места	9, 12, 16, 19, 39
		Работа допоздна	16, 21, 22, 28, 39
		Не хватает навыков в сфере лечения врачей и поиска лечения для врачей	16, 21, 39

эти препятствия сгруппированы по категориям и подкатегориям. Категория «пациент» отражает препятствия, конкретно связанные с обращением врача за медицинской помощью. Категория «поставщик» описывает препятствия, которые преимущественно контролируются поставщиком медицинских услуг. Категория «система» отражает препятствия внутри самой медицинской системы и представляет собой барьеры, которые любому человеку трудно изменить без изменения самой системы.

**Смущение** было постоянной темой, упоминавшейся в ряде статей. Отмечается, что 71% врачей описали неловкость при посещении другого врача [10, 11, 22, 32, 39]. Однако термин «смущение» используется врачами для отражения множества различных событий. Некоторые врачи использовали

это слово для обозначения общего дискомфорта, связанного с ролью пациента, в то время как другие выражали более конкретные опасения, например, что их лечащие врачи могут подумать, что они слишком остро реагируют на банальное заболевание [11, 23, 40]. «Чувство долга», которое испытывали врачи, считалось внутренним выражением этого смущения [11, 13, 40]. Многие врачи описывали беспокойство (смущение), которое они не должны навязывать другому врачу, особенно если болезнь была незначительной [10, 13, 40]. Имеются данные, что 70% врачей могут оправдать обращение к коллеге только в том случае, если они действительно больны. Около 1/3 врачей заявили, что они испытывали состояние, при котором им следовало обратиться к врачу, но они не делали этого, потому что были врачами

для самих себя [9, 13, 33, 40]. Другие врачи беспокоились, что их собственный диагноз или лечение будут признаны неправильными, если они обратятся за медицинской помощью. Сообщалось, что смущение более заметно при проблемах с психическим здоровьем [13, 26, 40]. Врачи также неохотно обращались за помощью в связи с «менее определенными» заболеваниями, такими как стресс, сексуальные трудности и алкогольная зависимость. Некоторые из выявленных препятствий, описанных врачами, основывались, скорее, на гипотетических примерах, а не на реальном опыте [9, 10, 16, 41].

**Время и стоимость.** Недостаток времени обычно считался серьезным препятствием (табл. 2). Затраты были более сложным барьером, включающим как прямые, так и косвенные затраты (вознаграждение за консультацию, свободное время). Стоимость оставалась важным препятствием для обращения за медицинской помощью, несмотря на то, что врачи могут принадлежать к высшей социально-экономической группе.

**Медицинские знания.** Наличие специальных знаний влияет на доступ врачей к медицинскому обслуживанию. Эти знания помогают врачам лучше понять возможные последствия симптомов и то, как болезнь может повлиять на различные аспекты их жизни. Врачи также осведомлены о том, как болезнь и ее лечение могут повлиять на их работу (взаимоотношения с коллегами, отношение к ним пациентов) [11, 14, 34, 41], даже до того, как она будет диагностирована. Медицинские знания позволяют врачам оправдывать свои симптомы как «незначительные». Когда нежелание врачей обращаться за медицинской помощью в связи с незначительным заболеванием сочетается с этой тенденцией рассматривать симптомы как незначительные (тривиальные) состояния, осознается потенциальная серьезность этого барьера [11–13, 20, 34, 41].

**Категория провайдера.** Поставщик определяет, насколько конфиденциальной будет медицинская информация, и это является ключевой проблемой. Конфиденциальность в данной ситуации можно рассматривать как понятие, отражающее различные опасения относительно того, как личные данные будут обрабатываться в медицинских учреждениях. Врачи могут быть хорошо осведомлены об ограничениях конфиденциальности в системе, в которой существуют обязательные юридические требования к отчетности и близости социальных сетей [8, 35, 41]. Наличие профессионального партнера в качестве терапевта еще больше усложняет эту проблему. Беспокойство по поводу конфиденциальности вызывается в основном у тех врачей-пациентов, которые имеют проблемы с психическим здоровьем и вирусные заболевания (вирус иммунодефицита человека, гепатиты) [10, 35, 41]. Поставщик также определяет качество предоставляемой помощи, и в исследованиях часто сообщалось о личном опыте плохого медицинского обслуживания. Это согласуется со многими личными рассказами врачей, обращавшихся за медицинской помощью [26, 27, 35, 39, 41]. Негативный опыт может ограничить обращение врача за медицинской помощью в будущем.

**Структурные проблемы.** Выявлены специфические структурные проблемы в системе здравоохранения. Долгие часы дежурства и трудности с доступом в кабинет врача просто физически затрудняли доступ врача-пациента к медицинской помощи. Врачам также не хватало опыта медицинской деонтологии,

как получить доступ к надлежащему медицинскому уходу и как лечить своих коллег (как формально, так и неформально). Качественные данные показали, что врач-пациент ожидал, что к нему будут относиться как к «нормальному» пациенту, однако лечащий врач часто не оправдывал этого ожидания [11, 20, 28, 29, 39, 42].

**Культурные проблемы.** В основе многих выявленных аспектов поведения врачей, направленных на поиск вариантов лечения, лежала культура медицины и профессиональная социализация. Например, врачи обычно сталкивались с сильным давлением, чтобы они были здоровы или контролировали свою болезнь. Это давление исходило как от коллег-медиков, так и от общества. Самолечение активно поощрялось коллегами [10, 13, 31, 36, 42], и с культурной точки зрения признавать болезнь у коллег считалось неуместным [11, 13, 37, 39, 43]. По данным литературы, ¼ врачей скрывали свою болезнь от коллег. «Коридорные» консультации были общепринятой практикой и потворствовали самолечению [12, 21, 44].

**Заключение.** В систематическом обзоре изложены текущие знания о поведении врачей в отношении их доступа за медицинской помощью и препятствиях, с которыми они сталкиваются при ее получении. Критический анализ показывает, что информации недостаточно, несмотря на значимость изучения комплаентности врачей с целью установления причинно-следственных связей и научного обоснования профилактических мероприятий. Следует отметить, что независимо от разных стилей и методов исследований (описательных и качественных), различий стран, где собирались данные, врачи показывали высокий уровень единодушия в описании опыта доступа к медицинскому обслуживанию. Разнообразие исследуемых групп (разные страны, специальности, возраст и пол) позволило нам с большей объективностью оценить полученные материалы. Ряд рассмотренных статей относятся к изданиям 1980-х и 1990-х гг. Однако многие из этих источников до сих пор актуальны, регулярно цитируются в современных аналитических исследованиях о здоровье врачей. Следует отметить, что качество анализируемых статей иногда ограничивает диапазон выводов, которые можно сделать. Неточные определения в исследованиях влияют на интерпретацию полученных результатов. Выборочные комментарии из анкет могли вызвать потенциальную ошибку в отчетности. Мы проявляли осторожность при рассмотрении гипотетических данных, потому что врачи сообщали о том, как им следует обращаться за медицинской помощью, а не о том, как они фактически обращались за медицинской помощью.

Наличие «своих» терапевтов расширяет как для врачей, так и для общества в целом возможности доступа к профилактическому медицинскому обслуживанию. Однако настоящий обзор показывает, что проблема намного сложнее. Большинство врачей, у которых есть собственный терапевт, по-прежнему занимаются самолечением и пользуются неформальной медицинской помощью. Это неудивительно, если мы признаем, что самолечение и неформальные консультации всегда считались нормой.

Экономика Российской Федерации динамично влияет на мировую экономику, не составляет исключения и современная система здравоохранения России, включающая в себя общечеловеческие и культурные ценности. Наше общество открыто для позитивных изменений, поэтому при анализе

комплаентности врачей иностранных государств, с большой долей вероятности следует экстраполировать результаты исследований на врачей нашей страны. Проблемы нехватки времени и затрат — обычная проблема для общества в целом и также для врачей. Смущение — общая проблема для всех пациентов. Для врачей это может быть осложнено опасением навязывания коллеге и потенциальным выявлением ошибок при самодиагностике и лечении. Это сложные вопросы, и использование в опросах общих терминов, таких как «затруднение», осложняет интерпретацию подобных данных. Беспокойство о том, что проблема со здоровьем может быть тривиальной, также беспокоит пациентов, хотя масштабы этого препятствия для врачей могут быть значительнее. Конфиденциальность — еще одна важная проблема как для зарубежных коллег, так и для врачей России, особенно в отношении проблем психического здоровья, алкоголизма, вирусных заболеваний (вируса иммунодефицита человека, гепатитов). Большинство исследований показывают, что препятствия, с которыми сталкиваются врачи, более серьезны для людей с проблемами психического здоровья. Это отражает тенденцию в обществе в целом. Качественные данные подчеркивают важность системных барьеров, ограничивающих доступ врачей к медицинскому обслуживанию. Системные барьеры очень сложно преодолеть в одиночку любому врачу. Они должны решаться профессиональным сообществом в целом. Некоторые структурные барьеры в настоящее время эффективно устраняются. Например, Европейская директива о рабочем времени обеспечивает безопасное рабочее время на всей территории Европейского Союза. Учитывая системные барьеры, повышение культурного уровня особенно важно для доступа врачей к медицинскому обслуживанию. Эти культурные барьеры труднее всего преодолеть каждому врачу. Повышение культурного уровня начинается в медицинском вузе. Барьеры создаются тогда, когда ролевые модели не могут нормализовать доступ к здравоохранению, а системы пропагандируют стигмы болезней для врачей. Следовательно, необходимы культурные изменения. Доступ к медицинскому обслуживанию улучшится только тогда, когда станет приемлемым (культурно нормальным) для врача обращаться за медицинской помощью по поводу проблем физического и психического здоровья.

**Конфликт интересов** не заявляется.

### References (Литература)

- Schlicht SM, Gordon IR, Ball JR, Christie DG. Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust* 1990; 153 (9): 518–21.
- Kay M, Mitchell G, Del Mar C. Doctors do not look after their own physical health. *Med J Aust* 2004; 181 (7): 368–70.
- Departments of General Practice, University of Melbourne and Monash University. GP wellbeing project — final report. September 2001. Melbourne: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2011.
- O'Dowd T. Contentment in general practice — for now. *Br J Gen Pract* 2008; 58 (546): 5–6.
- Harden A, Garcia J, Oliver S, et al. Applying systematic review methods to studies of peoples' views: an example from public health research. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58 (9): 794–800.
- Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence based medicine. 3rd edn. Malden, MA: BMJ Books, 2006; 135 p.
- Brondt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract* 2008; 58 (546): 15–9.
- McKevitt C, Morgan M. Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness. *Sociol Health Illn* 1997; 19 (5): 644–67.
- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, et al. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001; 323 (7315): 728–31.
- Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42 (357): 153–6.
- Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* 2000; 160 (21): 3209–14.
- Clarke J, O'Sullivan Y, Maguire N. A study of self-care among Irish doctors. *Ir Med J* 1998; 91 (5): 175–6.
- Allibone A, Oakes D, Shannon HS. The health and health care of doctors. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31 (233): 728–34.
- Kahn KL, Goldberg RJ, De Cosimo D, Dalen J. Health maintenance activities of physicians and nonphysicians. *Arch Intern Med* 1988; 148 (11): 2433–6.
- Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The care of family physicians and their families: a study of health and help-seeking behaviour. *Fam Pract* 1990; 7 (2): 96–9.
- Richards C. The health of doctors. *Physician heal thyself — but how?* London: King's Fund Publishing Office, 1989; 150 p.
- Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, et al. Medical care of doctors. *Med J Aust* 1995; 162 (9): 481–4.
- Baldwin P, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health-II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 45 (1): 41–4.
- Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319 (7210): 605–8.
- McCall L, Maher T, Piterman L. Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria. *Aust Fam Physician* 1999; 28 (8): 854–7.
- Rosen IM, Christie JD, Bellini LM, Asch DA. Health and health care among housestaff in four US internal medicine residency programs. *J Gen Intern Med* 2000; 15 (2): 116–21.
- Shadbolt NE. Attitudes to healthcare and self-care among junior medical officers: a preliminary report. *Med J Aust* 2002; 177 (suppl): 19–20.
- Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002; 30 (2): 125–32.
- Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician* 2003; (49): 1121–7.
- Davidson S, Schattner P. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179 (6): 302–5.
- Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J* 2007; 100 (6): 489–91.
- Schneider M, Gallaccht MB, Goehring C, et al. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly* 2007; (137): 121–6.
- Fromme E, Hebert R, Carrese J. Self-doctoring: a qualitative study of physicians with cancer. *J Fam Pract* 2004; 53 (4): 299–306.
- Doust J, Del Mar C. Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ* 2004; 328 (7438): 474–5.
- Haug M, Lavin B. Consumerism in medicine: challenging physician authority. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1983; 156 p.
- Mandell H, Spiro H. When doctors get sick. New York: Plenum Medical Book Company, 1987; 98 p.
- Rabin D, Rabin P, Rabin R. Compounding the ordeal of ALS. Isolation from my fellow physicians. *N Engl J Med* 1982; 307 (8): 506–9.
- Edelstein EL, Baider L, Baron H. Physicians as patients: a comparative study of attitudes of physicians and non-physicians. *Psychopathology* 1984; 17 (5-6): 213–6.
- Centers for Disease Control. Demographic characteristics of persons without a regular source of medical care — selected states, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47 (14): 277–9.
- Australian Medical Association. AMA code of ethics. Barton, ACT: Australian Medical Association, 2004; 250 p.
- Becker HS. The lay referral system. *Knowledge, work and society* 2016; (4): 65–76.
- Tokuda Y. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health* 2010; 47 (2): 166–72.
- Twaddle AC. Sickness career: some implications. In: Eisenberg LE, Kleinman AE, editors. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981: 111–33.

39. Joseph DI, Onek J. Confidentiality in psychiatry. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA, editors. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 1999: 105–40.

40. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychol* 2007; 68 (suppl 2): 20–6.

41. Department of Health. NHS response to European Working Time Directive results in better patient care. London: Department of Health, 2005.

42. Roberts L, Warner T, Trumpower D. Medical students' evolving perspectives on their personal health care: clinical and educational implications of a longitudinal study. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (4): 303–14.

43. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where do students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005; 39 (6): 588–93.

44. MacDonald R. Chronic illness in doctors: a personal view. *Med J Aust* 2013; 179 (5): 267.

УДК 613.4:378.172

Оригинальная статья

## ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ АГРАРНОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Н. И. Латышевская** — ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, заведующая кафедрой общей гигиены и экологии, профессор, доктор медицинских наук; ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», заведующая лабораторией мониторинга и изучения техногенных факторов окружающей среды; **Н. В. Левченко** — ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, доцент кафедры общей гигиены и экологии, кандидат медицинских наук; ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», лаборант лаборатории мониторинга и изучения техногенных факторов окружающей среды; **Е. В. Канищева** — ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, аспирант кафедры общей гигиены и экологии.

## CHARACTERISTICS OF MORPHOFUNCTIONAL STATUS OF STUDENTS OF AGRARIAN UNIVERSITY

**N. I. Latyshevskaya** — Volgograd State Medical University, Head of Department of General Hygiene and Ecology, Professor, DSc; Volgograd Medical Scientific Center, Head of Laboratory of State Institution; **N. V. Levchenko** — Volgograd State Medical University, Associate Professor of Department of General Hygiene and Ecology, PhD; Volgograd Medical Scientific Center, Laboratory Assistant of Laboratory of Technogenic Environmental Factors; **E. V. Kanishcheva** — Volgograd State Medical University, Postgraduate Student of Department of General Hygiene and Ecology.

Дата поступления — 26.06.2020 г.

Дата принятия в печать — 20.11.2020 г.

**Латышевская Н. И., Левченко Н. В., Канищева Е. В.** Характеристика морфофункционального статуса студентов аграрного университета. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2020; 16 (4): 923–926.

**Цель:** дать гигиеническую оценку морфофункционального состояния студентов аграрного университета различных возрастных групп. **Материал и методы.** Выполнено поперечное исследование: обследовано 448 студентов аграрного университета I, III и V курсов. Определены уровень двигательной активности студентов (УДА), комплекс антропо- и физиометрических показателей по традиционным методикам. Функциональное состояние оценивали по результатам пробы Штанге и индексам: Кетле, Эрисмана, жизненный (ЖИ) и силовой (СИ) индексы. **Результаты.** Исследования показали, что большинство студентов (46,4–59,2%) независимо от курса обучения имеют средний уровень двигательной активности. Сравнительный анализ антропо- и физиометрических показателей студентов разных курсов не выявил различий в показателях роста, окружности грудной клетки, уровне артериального давления, значениях пробы Штанге. У студентов старших курсов регистрировались более высокие значения массы тела и мышечной силы кистей рук ( $p \leq 0,05$ ), как у юношей, так и у девушек. Для студентов старших курсов характерны также более высокие значения индексов, характеризующих физическое развитие юношей и девушек: индекс Эрисмана, ЖИ, СИ. При этом значения индекса Кетле были сопоставимы у учащихся всех групп наблюдения. **Заключение.** Установлены основные тренды изменений морфофункционального статуса студентов аграрного университета с увеличением возраста. Для выяснения закономерностей изменений морфофункционального статуса студентов необходимы проспективные исследования в динамике лет обучения.

**Ключевые слова:** студенты аграрного университета, двигательная активность, антропометрические и физиометрические показатели, метод индексов.

**Latyshevskaya NI, Levchenko NV, Kanishcheva EV.** Characteristics of morphofunctional status of students of agrarian university. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2020; 16 (4): 923–926.

**Objective:** To give a hygienic assessment of the morphofunctional state of students of the agrarian university of various age groups. **Material and Methods.** A cross-sectional study was carried out: 448 students of the 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup> and 5<sup>th</sup> courses were examined. The level of students' motor activity, a complex of anthropometric and physiometric indicators were determined according to traditional methods. The functional state was assessed according to the results of the Stange test, body mass index (by Kettle's formula), Erisman index, life and strength indices. **Results.** Research has shown that the majority of students (46.4–59.2%), regardless of the year of study, have an average level of physical activity. Comparative analysis of anthropometric and physiometric indicators of students of different courses did not reveal differences in growth indicators, chest circumference, blood pressure level, values of the Stange test. Senior students showed higher values of body weight and muscle strength of the hands ( $p \leq 0.05$ ), both in boys and girls. For senior students, higher values of indices characterizing the physical development of boys and girls are also characteristic: Erisman index, life index, strength index. At the same time, the values of body mass index were comparable in students of all observation groups. **Conclusion.** The main trends of changes in the morphofunctional status of students of the agrarian university with increasing age have been established. To clarify the patterns of changes in the morphofunctional status of students, prospective studies are needed in the dynamics of years of study.

**Keywords:** students of the agrarian university, physical activity, anthropometric and physiometric indicators, index method.