

УДК 614.23:616.314:316.728

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ТЕРАПЕВТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ

Шкатова Е.Ю., Бессонова Т.И., Сысоев П.Г., Злобина Г.М.

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ России, Ижевск, tashaw87@mail.ru*

Проведен сравнительный анализ показателей качества жизни (КЖ) стоматологов-терапевтов и терапевтов участковой службы в зависимости от стажа работы. В сравнении с показателями практически здоровых лиц интегральный показатель КЖ врачей был снижен независимо от их специальности. Самыми низкими в обеих группах были показатели по шкале «социальное функционирование», что свидетельствует об ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с большой загруженностью и работой по совместительству. С увеличением стажа работы у стоматологов-терапевтов и участковых терапевтов в первую очередь снижаются показатели социального, ролевого, эмоционального функционирования и общего состояния здоровья, более значимо у врачей участковой службы, что, вероятно, обусловлено особенностью их работы по обслуживанию пациентов на дому.

Ключевые слова: качество жизни, стоматологи-терапевты, участковые терапевты, врачебный стаж

## COMPARATIVE ASSESSMENT OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE THERAPISTS AND DENTAL-PATIENT-POLYCLINIC SERVICE

Shkatova E. Y., Bessonova T. I., Sisoiev P. G., Zlobina G. M.

*Izhevsk state medical Academy, Izhevsk, Russia, Izhevsk, tashaw87@mail.ru*

A comparative analysis of indicators of the quality of life of dental therapists and therapists-patient-polyclinic service depending on seniority. In comparison with the healthy individuals, the integrated indicator of quality of life of doctors had been reduced, regardless of their specialty. The lowest in both groups were measures on a scale of social functioning that indicate the limitation of social contacts, reduced level of communication due to the heavy workload and work part-time. With increasing experience of dental therapists and physicians in the first place indicators of social, role-emotional functioning and General health, significantly more than the doctors-patient-polyclinic service, which is probably due to the peculiarity of their work on patient care at home.

Keywords: quality of life, dentists, physicians, district therapists, medical experience

Медицинские работники – одна из социальных групп, испытывающих на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, призванных в известной мере амортизировать их в ходе массовых контактов населения с медицинской сетью на фоне воздействия на их организм целого ряда неблагоприятных профессиональных факторов [1, 2, 4, 5]. По роду своей деятельности врачи поликлинической сети постоянно подвергаются воздействию таких неблагоприятных факторов, как нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, работа в условиях повышенного воздействия биологических агентов [3, 8].

Качество жизни (КЖ) – объективный показатель, определяющий индивидуальную способность человека к функционированию в семье и коллективе с выполнением трудовой и общественной деятельности, т.е. КЖ можно определить как степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках всего общества. Изучение качества жизни обеспечивает возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы другими методами [7, 9, 11, 12].

Для принятия решений по укреплению здоровья врачей необходим научно обоснованный подход на основе комплексного социально-гигиенического анализа факторов, влияющих на их качество жизни. Чаще проводятся социально-гигиенические исследования состояния здоровья врачей, реже – исследования, посвященные оценке их качества жизни [2, 6, 7, 10]. Однако опубликованные работы не раскрывают в достаточной мере всех необходимых аспектов КЖ врачей, в том числе стоматологов, что и обусловило наш интерес к данному вопросу.

### **Цель работы**

Провести сравнительный анализ показателей качества жизни стоматологов-терапевтов и терапевтов участковой службы в зависимости от стажа их трудовой деятельности.

### **Методология**

В протокол исследования были включены 306 врачей, работающих в государственных медицинских организациях амбулаторно-поликлинического профиля г. Ижевска. Первую группу составили 183 стоматолога-терапевта, вторую – 123 врача терапевта участковой службы. Группы были уравновешены по возрасту и полу, социальной принадлежности и уровню образования, месту работы – амбулаторно-поликлиническое учреждение. Средний возраст опрошенных составил  $39,0 \pm 0,8$  и  $42,9 \pm 0,7$  года, мужчин было 22,4 и 24,4%, женщин 77,6 и 75,6% соответственно. В группу контроля вошли 97 лиц, проживающих в Удмуртской Республике (УР) и не связанных с врачебной деятельностью.

Для исследования КЖ в качестве инструмента использован русскоязычный аналог универсального опросника «*SF-36 Health status survey*», прошедший клинические испытания и рекомендованный к применению. С учетом основных показателей КЖ опросник состоял из 11 разделов, содержащих 36 вопросов с 2–6 вариантами ответов на них в диапазоне от 1 до 6 баллов по степени выраженности признака. Интегральный показатель КЖ составлял сумму баллов по всем шкалам, при этом, чем больше итоговая цифра (также идет оценка и по отдельным шкалам), тем выше уровень качества жизни.

Статистическая обработка проведена с использованием компьютерной программы, что позволило получить количественную характеристику КЖ в баллах ( $M \pm m$ ), по следующим показателям: общее состояние здоровья (ОЗ) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент; физическое функционирование (ФФ) – отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; ролевое физическое функционирование (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование; ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное

состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности; социальное функционирование (СФ) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность; интенсивность боли (ИБ) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; жизнеспособность (Ж) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии; психическое здоровье (ПЗ) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение.

Опрос проводили с информированного согласия респондентов с соблюдением этических норм. Математический аппарат включал альтернативный, вариационный и корреляционный анализ.

### Результаты и обсуждение

Анализ данных, полученных при проведенном исследовании, показал, что интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) снижен в обеих группах в сравнении с практически здоровыми лицами (рис. 1).

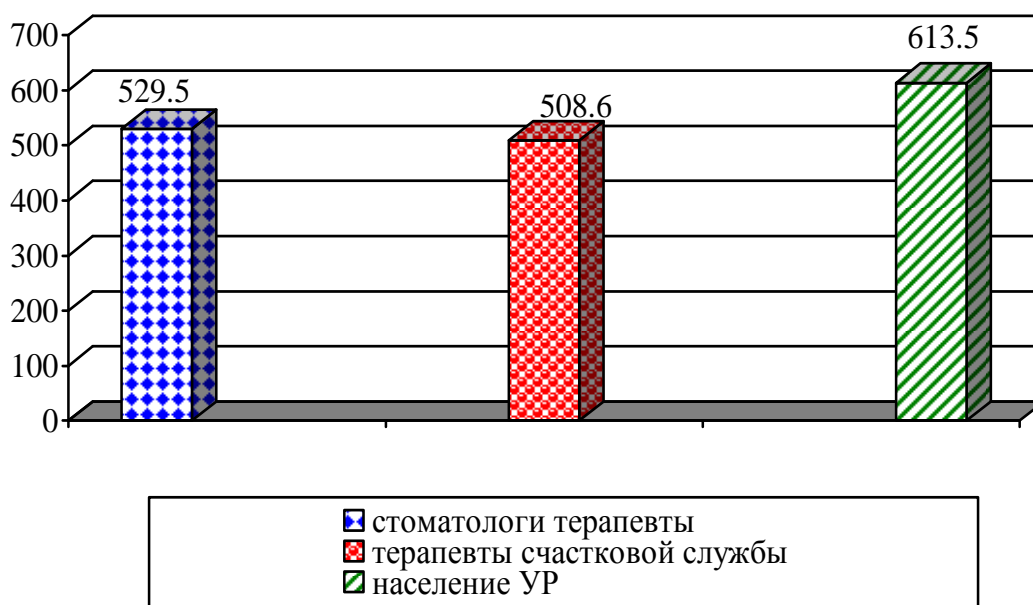


Рис. 1. Интегральный показатель КЖ у лиц обследованных групп, баллы

Наилучшими у изученных групп врачей были показатели физического, ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования и интенсивности боли, наихудшими – социального и психического функционирования, жизнеспособности и общего состояния здоровья. Если физическое функционирование у терапевтов обеих специальностей имело аналогичные показатели, как и у населения УР, то при относительно высоких показателях РФФ и РЭФ в сравнении с другими критериями качества жизни отмечено их достоверное снижение по отношению к группе контроля. Это, вероятно, связано с высоким

уровнем ответственности врачей при выполнении ими профессиональных обязанностей и осуществлении определенной ролевой функции в системе здравоохранения. Следует отметить, что достоверных различий между показателями КЖ у стоматологов-терапевтов и терапевтов участковой службы выявлено не было. Однако у участковых терапевтов выявлена тенденция к понижению всех показателей, кроме «интенсивность боли», по отношению к стоматологам.

Отмечено достоверное снижение в обеих наблюдаемых группах показателей жизнеспособности и психического функционирования по отношению к населению УР, более выраженное у терапевтов участковой службы.

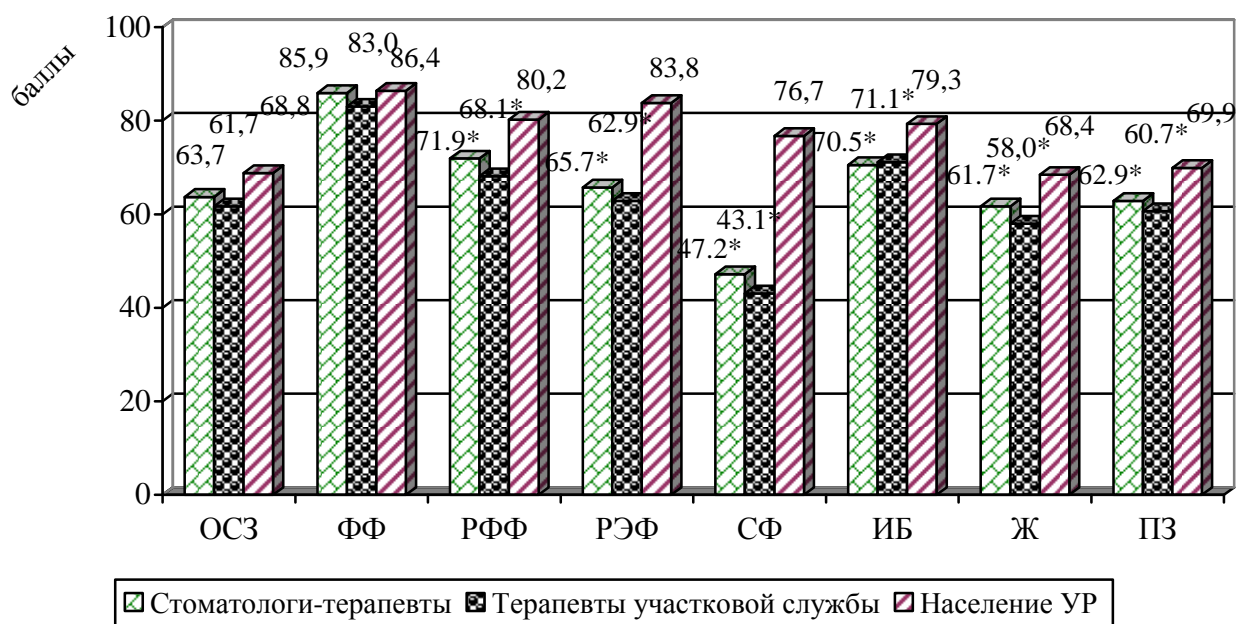


Рис. 2. Уровень показателей КЖ врачей наблюдаемых групп и населения УР, баллы (достоверность по отношению: \* — к населению УР)

Как показано на рисунке 2, самый низкий показатель КЖ у врачей обеих групп был получен по шкале «социальное функционирование», который в 1,6 и 1,8 раза соответственно в первых и вторых группах меньше, чем у практически здоровых лиц населения УР, и в 1,8 и 1,9 раза ниже показателя по шкале «физическое функционирование» ( $p < 0,05$ ). Низкие баллы данного критерия свидетельствуют об ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с большой загруженностью и работой по совместительству, а также об ухудшении ролевого физического ( $r=0,36$ ) и эмоционального функционирования ( $r=0,38$ ).

Представляет интерес установление периода трудовой деятельности, при котором происходит снижение показателей КЖ. Для этого нами были рассчитаны данные критерии у медицинского персонала в зависимости от стажа их работы (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Показатели качества жизни стоматологов-терапевтов в зависимости от стажа работы,  
баллы ( $M \pm m$ )

№	Шкала КЖ	Стаж		t	p
		До 10 лет	Более 10 лет		
1.	Общее состояние здоровья	66,8±2,3	60,6±1,9	2,21	<0,05
2.	Физическое функционирование	93,1±1,6	82,6±1,8	4,36	<0,001
3.	Роловое физическое функционирование	76,1±3,7	67,6±2,1	1,99	<0,05
4.	Роловое эмоциональное функционирование	65,1±3,7	66,2±2,1	1,99	<0,05
5.	Социальное функционирование	49,8±1,8	44,6±1,3	2,34	<0,05
6.	Интенсивность боли	71,6±3,7	69,3±1,6	0,5	>0,05
7.	Жизнеспособность	62,3±2,1	61,1±2,0	0,4	>0,05
8.	Психическое здоровье	63,9±2,3	62,0±1,6	0,7	>0,05

Таблица 2

Показатели качества жизни участковых терапевтов в зависимости от стажа, баллы ( $M \pm m$ )

№	Шкала КЖ	Стаж		t	p
		До 10 лет	Более 10 лет		
1.	Общее состояние здоровья	64,1±2,4	54,2±2,0	3,17	<0,001
2.	Физическое функционирование	87,9±1,7	81,8±1,8	2,46	<0,001
3.	Роловое физическое функционирование	80,1±4,2	54,9±3,5	4,58	<0,001
4.	Роловое эмоциональное функционирование	43,0±4,3	49,3±3,4	1,15	>0,05
5.	Социальное функционирование	46,0±2,2	43,7±1,2	0,92	>0,05
6.	Интенсивность боли	75,8±3,1	76,3±2,4	0,13	>0,05
7.	Жизнеспособность	61,9±2,5	55,4±1,8	2,09	<0,05
8.	Психическое здоровье	65,3±2,4	59,2±1,9	1,99	<0,05

Интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) снижался в обеих группах при

увеличении трудового стажа специалистов. При этом у стоматологов ИПКЖ был несколько повышен ( $562,8 \pm 45,6$  и  $513,6 \pm 46,1$ ;  $p > 0,05$ ), чем у участковых терапевтов ( $524,1 \pm 45,6$  и  $476,8 \pm 46,1$ ;  $p > 0,05$ ). В результате исследования установлено, что интегральный показатель КЖ у стоматологов-терапевтов ниже оптимального показателя на 29,6%, у терапевтов участковой службы – на 34,5%.

По шкале «физическое функционирование», отражающей степень, в которой здоровье обследуемых позволяет выполнять такие физические нагрузки, как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжести и иное, показатель был самым высоким в исследуемых группах независимо от трудового стажа.

Показано, что, чем больше стаж работы, тем ниже уровень КЖ врачей ( $r = -0,61$  и  $r = -0,68$  соответственно), что обусловлено снижением показателей «общее состояние здоровья», «жизнеспособность» и «психологическое здоровье» как среди стоматологов, так и среди участковых терапевтов (до  $60,6 \pm 1,9$ ;  $61,1 \pm 2,0$ ;  $62,0 \pm 1,6$  и  $54,2 \pm 1,8$ ;  $55,4 \pm 1,8$ ;  $59,2 \pm 1,9$  баллов соответственно). Это указывает на наличие психоэмоциональной дезадаптации у данных медицинских работников (врачи нередко испытывают двойную психическую нагрузку, и им приходится решать не только свои проблемы, но и проблемы больных) и отсутствие их должного внимания к своему здоровью. Об этом свидетельствует высокий показатель «интенсивность боли», характеризующий ее интенсивность и влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

Особое внимание обращает на себя показатель КЖ по шкале «социальное функционирование», который был одинаково низким в обеих группах независимо от стажа работы, что характеризует снижение социальной активности врачей за счет уменьшения социальных контактов с родственниками, друзьями, коллегами при уделении большего времени профессиональным обязанностям. Это может указывать на то, что даже специалисты со стажем менее 10 лет, несмотря на молодой возраст, не ощущают себя полными сил и здоровья, у них недостаточный коммуникативный уровень. При этом связь между уровнем психического здоровья и социальным функционированием варьирует от сильной ( $\rho = 0,78$ ) у участковых терапевтов до средней ( $\rho = 0,34$ ) у стоматологов, что говорит о развитии у медицинских работников с увеличением стажа эмоционального и психологического выгорания. Это подтверждает показатель «ролевое эмоциональное функционирование», который в 1,2 раза снижается у терапевтов участковой службы при увеличении стажа работы, что и характеризует оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает врачу выполнять работу или другую повседневную деятельность (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.) и говорит об эмоциональной нагрузке при большом потоке пациентов в

поликлинической сети. Это подтверждает и снижение показателей «жизнеспособность» и «общее состояние здоровья» на 10,5 и 15,4% соответственно с ростом профессионального стажа.

При увеличении врачебного стажа после «социального и ролевого эмоционального функционирования» у участкового терапевтов резко страдает состояние здоровья (о чем свидетельствует низкий уровень ОСЗ), более значимо ( $t=2,08$ ;  $p<0,05$ ), чем у стоматологов.

### **Заключение**

Проведенное исследование показало, что КЖ в целом, показатели социального и психического функционирования, жизнеспособности у врачей-терапевтов, работающих как в участковой службе, так и на стоматологическом приеме, достоверно ниже по сравнению с лицами, не связавшими свою профессиональную деятельность с медициной. Это связано не только с социально-гигиеническими условиями труда, но и с особенностями их профессиональной деятельности.

С увеличением стажа работы у стоматологов-терапевтов и участковых терапевтов в первую очередь снижаются показатели социального, ролевого эмоционального функционирования и общего состояния здоровья, более значимо у участковых терапевтов, что, вероятно, обусловлено особенностью их работы – обслуживанием пациентов на дому.

Полученные данные указывают на необходимость проведения организационных мероприятий по созданию здоровьесберегающего пространства в медицинской организации амбулаторно-поликлинической службы независимо от профиля ее деятельности.

### **Список литературы**

1. Даллакян Л.А. Гигиенические аспекты врача стоматолога / Л.А. Даллакян, А.В. Руснак, А.Р. Стрелюк // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т.17. – №1. – С.64–66.
2. Дьяченкова О.И. Некоторые аспекты качества жизни у врачей стоматологического профиля г. Воронежа / О.И. Дьяченкова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайной ситуации. – 2009. – № 5. – С. 64–67.
3. Ермолаева Л.А. Изучение профессионального стресса в практике врача-стоматолога / Л.А. Ермолаева // Институт стоматологии. – 2011. – № 4. – С. 22–23.
4. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН проф. О.П. Щепина, члена-корр. РАМН проф. В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР Медиа, – 2010. – 384 с.
5. Игнатов С.Т. Потенциал здоровья медицинского персонала скорой медицинской –

- помощи / Игнатов С.Т. // Скорая медицинская помощь. – 2006. – № 2. – С. 22–23.
6. Коновалов О.Е. Заболеваемость врачей старшего трудоспособного возраста / О.Е. Коновалов, М.А. Сычев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2008. – № 3. – С. 9–12
7. Кудрина Е.А., Толмачев Д.А. Комплексная оценка здоровья профессорско-преподавательского состава медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 5; URL: [www.science-education.ru/99-4969](http://www.science-education.ru/99-4969).
8. Ларенцова Л.И., Гринин В.М., Любимова Д.В., Тумасян Г.С., Курбанов О.Р., Иванова Е.В., Долгоаршинных А.Я. Роль психических и социальных факторов в формировании синдрома «эмоционального выгорания» врачей-стоматологов. Стоматология. – 2008. – Т. 87. – № 1. – С. 89–95.
9. Сидоров П.И. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями / Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А.// Терапевтический архив. – 2004 – № 10. – С. 43–49.
10. Сысоев П.Г. Методика комплексной оценки здоровья и качества жизни специалистов с высшим медицинским образованием // Здоровье финно-угорской молодежи. Роль семьи в формировании здоровья: Матер. Межрегион, науч.-практич. конф., 21–22 мая 2009. – Ижевск, 2009. – С. 289–292.
11. Шкатова Е.Ю. Оценка качества жизни – прогностический критерий состояния больных язвенной болезнью / Е.Ю. Шкатова, Л.В. Мышкина, Е.А. Кудрина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.– 2009. – № 2. Материалы IX съезда Научного общества гастроэнтерологов России, II совместной школы последипломного образования АГА и НОРГ, XXXV сессии ЦНИИГ 2–5 марта 2009 г. – С. 118–119.
12. Шкатова Е.Ю. Показатели качества жизни как критерий эффективности интерактивной программы обучения беременных с хроническими инфекциями мочевыводящих путей / Е.Ю. Шкатова, О.Н. Еловинова // Пермский медицинский журнал.– 2013. – № 6. – С. 99–106.

#### **Рецензенты:**

Савельев В.Н., д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск;

Куковякин С.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения ИПО ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», г. Киров.