

Экология человека. - 2010.- № 1. – С. 56-60.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ НА ИХ ОТНОШЕНИЕ К САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ И ЗАНЯТИЯМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ

А. С. Оправин, Г. Ф. Оводова, Л. Н. Кузьмина, А.В. Бескаравайная

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Резюме. Анализ материалов исследования качества жизни 394 врачей-стоматологов, проживающих в Северо-Западном округе РФ (Архангельская, Вологодская области и Республика Коми), показал зависимость их мотивации к санитарно-просветительной работе и желаниа заниматься профессиональной гигиеной от соотношения физического и психического компонентов здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, врачи-стоматологи, профессиональная деятельность, санитарно-просветительная работа, профессиональная гигиена.

На современном этапе развития общества оказание стоматологической помощи населению должно иметь конечной целью достижение и поддержание функционирующей, безболезненной и эстетичной ситуации в полости рта в течение всей жизни у большинства людей [5].

Здоровье – это одна из важнейших жизненных ценностей человека, залог его благополучия и долголетия, дающий людям ощущение полноты жизни, возможность совершать действия, вызывающие удовлетворение, ощущение контроля над собственной жизнью и ее условиями [2]. Многочисленные исследователи указывают на слабую мотивацию населения к сохранению стоматологического здоровья [6, 12, 15], отсутствие устойчивых гигиенических навыков [1, 9]. Профилактике, в частности, гигиеническому воспитанию, уделяется недостаточно внимания [10, 14]. В настоящее время решение проблем улучшения стоматологического здоровья идет по самому затратному пути, предполагающему внедрение сложных технологий.

Уровень гигиены полости рта существенно влияет на интенсивность кариеса зубов и состояние тканей пародонта [4, 7, 13]. Нерегулярность индивидуальных и профессиональных гигиенических мероприятий, неграмотный выбор средств ухода за полостью рта способствуют неудовлетворительному состоянию ротовой полости.

Врачам-стоматологам отводится важная роль в выработке у населения устойчивых знаний и навыков, необходимых для предупреждения основных стоматологических заболеваний [8]. Появление в стоматологии специальности гигиениста открывает новые воз-

возможности для организации и проведения профилактических мероприятий, пропаганды здорового образа жизни.

Цель исследования: оценить влияние физического и психического компонентов здоровья врачей-стоматологов на их отношение к санитарно-просветительной работе и занятиям профессиональной гигиеной полости рта.

Материал и методы

В исследовании участвовали 394 врача-стоматолога (91 мужчина - 23,1% и 303 женщины - 76,9%) из Архангельской, Вологодской областей и Республики Коми. В коммерческих организациях работали 153 врача (38,8%). Совмещали работу в отделениях, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования и платного лечения или частных кабинетах, 58 человек (14,7%). Распределение врачей по возрасту было следующим: до 29 лет - 94 (23,8%), 30-39 лет – 106 (26,9%), 40-49 лет – 96 (24,4%), 50 лет и старше – 98 (24,9%). Стаж работы по специальности 5 лет и менее указали 102 респондента (25,9%), 6-10 лет – 55 (14,0%), 11-15 лет – 47 (11,9%), 16-20 лет – 53 (13,4%), 21-25 лет – 43 (10,9%) и свыше 25 лет – 94 человек (23,9%). Большинство врачей (80,5%) занимались терапевтической стоматологией, остальные (19,5%) специализировались в хирургии, ортопедии и ортодонтии. Аттестационные категории имели 160 врачей (40,6%).

Респондентам были разъяснены цели исследования. Сбор данных осуществлялся методом анкетирования. Дополнительную анкету и опросник SF-36 для оценки качества жизни участники заполняли самостоятельно. Дополнительная анкета позволила получить данные о возрасте врачей, трудовом стаже, наличии квалификационной категории, специализации, месте работы. Специалисты выразили свое мнение в отношении связи качества жизни с состоянием зубочелюстной системы, роли стоматолога в обеспечении благополучия человека, стоимости стоматологических услуг, условий труда, значения профессиональной гигиены полости рта и санитарно-просветительной работы.

Оценка основных показателей качества жизни у врачей-стоматологов произведена с использованием русскоязычной версии опросника SF-36, созданной российскими исследователями Межнародного Центра исследования качества жизни (г.Санкт-Петербург). Опросник SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, имеет три уровня:

- 36 вопросов;
- 8 шкал, сформированных из 2 – 10 вопросов;

- 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру.

Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения: физический и психический компоненты здоровья. Физический компонент включает шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Психический компонент включает шкалы: жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье.

Обработку данных, полученных с помощью опросника SF-36, проводили по инструкции, подготовленной компанией Эвиденс - Клинико-фармакологические исследования [3]. При статистической обработке полученных данных, распределение которых оказалось отличным от нормального, использовали методы непараметрической статистики: вычисляли медианы и квартили, для анализа четырехклеточных таблиц применяли точный критерий Фишера (ТКФ), при сравнении двух эмпирических распределений частот – χ^2 -критерий Брандта-Снедекора, при анализе многоклеточных и слабозаполненных таблиц сопряженности признаков - информационную статистику Кульбака.

После количественной оценки показателей восьми шкал опросника SF-36, были определены значения общих показателей физического и психического компонентов здоровья респондентов. Дихотомическое преобразование соответствующих переменных позволяет оценивать уровень качества жизни каждого обследованного только двумя состояниями указанных компонентов: выше или ниже средних значений (медиан). Принятие такого допущения привело, в соответствии с возможными вариантами баланса физического и психического компонентов здоровья, к естественному разделению обследуемого контингента на четыре группы: группа 1 (80 человек) – уровни физического и психического компонентов ниже среднего, группа 2 (117 человек) – уровень физического компонента ниже, а психического – выше среднего, группа 3 (117 человек) – уровень физического компонента выше, а психического – ниже среднего и группа 4 (80 человек) – уровни компонентов выше среднего значения (группа 4 – 80 человек).

Результаты и обсуждение

Межгрупповые различия врачей-стоматологов по полу, возрасту и стажу работы, численности работающих в бюджетных или коммерческих структурах, совместителей и

лиц, имеющих или не имеющих аттестационную категорию, оказались недостоверными (χ^2 -критерий Брандта-Снедекора, информационная статистика Кульбака; $p > 0,05$).

Анализ мнений врачей о существовании связи между качеством жизни и состоянием зубочелюстной системы показал наличие достоверных различий в ответах респондентов сравниваемых групп (см. табл. 1).

Таблица 1

Структура оценок врачей-стоматологов относительно существования связи между качеством жизни и состоянием зубочелюстной системы

Группы врачей	Связь качества жизни с состоянием зубочелюстной системы					
	Существует		Не существует		В с е г о	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа 1	67	83,7	13	16,3	80	100,0
Группа 2	112	95,7	5	4,3	117	100,0
Группа 3	110	94,0	7	6,0	117	100,0
Группа 4	73	91,2	7	8,8	80	100,0
И т о г о	362	91,9	32	8,1	394	100,0

χ^2 -критерий Брандта-Снедекора = 10,164; $p < 0,05$

Анализ фрагментов исходной таблицы с помощью точного критерия Фишера показал, что различия частоты оценок респондентов группы 1 и остальных врачей достоверны (ТКФ = 0,005). Так, 16,3% врачей в группе 1 считали, что связи качества жизни с состоянием зубочелюстной системы не существует, а в других группах, в целом, такого мнения придерживались только 6,1% респондентов.

Мнения врачей относительно введения в поликлиниках должности гигиениста стоматологического не имели межгрупповых различий (χ^2 -критерий Брандта-Снедекора = 1,829; $p > 0,05$). При этом, лишь 25 врачей (6,3%) считали, что такой специалист не нужен и только 4 человека из них выразили желание заниматься профессиональной гигиеной. Из остальных врачей желали бы заниматься ею 34,7%, однако эти различия недостоверны (ТКФ = 0,078). Вместе с тем, относительно этих респондентов достоверными оказались межгрупповые различия: в группе 1 из 74 врачей, признающих значимость гигиенистов стоматологических, хотели бы заниматься профессиональной гигиеной 23,0% опрошенных, в остальных группах – 37,6% (ТКФ = 0,020).

Межгрупповые различия были выявлены и при анализе зависимости желания заниматься профессиональной гигиеной от таких факторов, как уровень заработной платы, условия труда, стаж и квалификация врачей-стоматологов (см. табл. 2). При отсутствии межгрупповых различий респонденты соответствующих групп объединялись.

Таблица 2

Влияние условий труда, стажа и квалификации респондентов обследованных групп на желание заниматься профессиональной гигиеной полости рта

Градации факторов	Группы врачей	Желание заниматься профессиональной гигиеной						ТКФ
		имеется		отсутствует		В с е г о		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Стаж работы 1-15 лет	1	8	22,9	27	77,1	35	100,0	0,014
	2, 3, 4	78	46,2	91	53,8	169	100,0	
	И т о г о	86	42,2	118	57,8	204	100,0	
Стаж работы более 15 лет	1	10	22,2	35	77,8	45	100,0	0,843
	2, 3, 4	36	24,8	109	75,2	145	100,0	
	И т о г о	46	24,2	144	75,8	190	100,0	
Отсутствие категории	1	8	16,7	40	83,3	48	100,0	0,004
	2, 3, 4	72	38,7	114	61,3	186	100,0	
	И т о г о	80	34,2	154	65,8	234	100,0	
Наличие категории	1	10	31,2	22	68,8	32	100,0	1,000
	2, 3, 4	42	32,8	86	67,2	128	100,0	
	И т о г о	52	32,5	108	67,5	160	100,0	
Низкая заработная плата	1	13	22,0	46	78,0	59	100,0	0,016
	2, 3, 4	93	38,8	147	61,2	240	100,0	
	И т о г о	106	35,5	193	64,5	299	100,0	
Достаточная заработная плата	1	5	23,8	16	76,2	21	100,0	0,786
	2, 3, 4	21	28,4	53	71,6	74	100,0	
	И т о г о	26	27,4	69	72,6	95	100,0	
Работе ничто не мешает	1	7	26,9	19	73,1	26	100,0	0,492
	2, 3, 4	35	35,0	65	65,0	100	100,0	
	И т о г о	42	33,3	84	66,7	126	100,0	
Имеются	1	11	20,4	43	79,6	54	100,0	0,024

помехи в работе	2, 3, 4	79	36,9	135	63,1	214	100,0	
	И т о г о	90	33,6	178	66,4	268	100,0	

Из полученных данных следует, что при недостаточной заработной плате и наличии помех работе врачи с низкими интегральными показателями качества жизни желают заниматься профессиональной гигиеной достоверно реже, чем представители других групп. Такой же вывод можно сделать в отношении врачей группы 1, у которых отсутствует квалификационная категория или стаж работы не превышает 15 лет.

Известно, что одной из важнейших задач врачей стоматологов является повышение уровня медико-гигиенических знаний населения и разъяснение значения сохранения стоматологического здоровья [11].

В качестве критерия отношения врачей к санитарно-просветительной работе мы избрали время, которое врачи уделяли пациентам для бесед, касающихся проблем гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний (см. табл. 3).

Как видно из табл. 3, почти половина всех анкетированных врачей, работающих в бюджетных клиниках, ограничивалась краткими рекомендациями пациентам. В коммерческих организациях доля таких врачей значительно ниже (20,5% - в группах 2, 3, 4), за исключением специалистов группы 1, среди которых 42,3% уделяли рекомендациям 2 минуты и менее, то есть столько же, сколько и в бюджетных поликлиниках. Здесь и далее, различия сравниваемых показателей достоверны (см. табл. 3).

Таблица 3

Влияние условий труда и самооценки респондентов обследованных групп на отношение к санитарно-просветительной работе

Градации факторов	Группы врачей	Продолжительность бесед (мин.)						ТКФ
		2 мин. и менее		Более 2 мин.		В с е г о		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Работа в бюджетной организации	1	24	44,4	30	55,6	54	100,0	0,878
	2, 3, 4	81	43,3	106	56,7	187	100,0	
	И т о г о	105	43,6	136	56,4	241	100,0	
Работа в коммерческой организации	1	11	42,3	15	57,7	26	100,0	0,024
	2, 3, 4	26	20,5	101	79,5	127	100,0	
	И т о г о	37	24,2	116	75,8	153	100,0	
Расценки	1, 3	38	29,7	90	70,3	128	100,0	0,894

на услуги оправданы	2, 4	43	30,9	96	69,1	139	100,0	
	Итого	81	30,3	186	69,7	267	100,0	

Продолжение таблицы 3

Градации факторов	Группы врачей	Продолжительность бесед (мин.)						ТКФ
		2 мин. и менее		Более 2 мин.		Всего		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Расценки на услуги не оправданы	1, 3	40	58,0	29	42,0	69	100,0	0,020
	2, 4	21	36,2	37	63,8	58	100,0	
	Итого	61	48,0	66	52,0	127	100,0	
Работе ничто не мешает	1	13	50,0	13	50,0	26	100,0	0,017
	2, 3, 4	25	25,0	75	75,0	100	100,0	
	Итого	38	30,2	88	69,8	126	100,0	
Имеются помехи в работе	1	22	40,7	32	59,3	54	100,0	0,757
	2, 3, 4	82	38,3	132	61,7	214	100,0	
	Итого	104	38,8	164	61,2	268	100,0	
Большой поток пациентов устраивает	1	26	49,1	27	50,9	53	100,0	0,006
	2, 3, 4	73	29,0	179	71,0	252	100,0	
	Итого	99	32,5	206	67,5	305	100,0	
Большой поток пациентов не устраивает	1	9	33,3	18	66,7	27	100,0	0,070
	2, 3, 4	34	54,8	28	45,2	62	100,0	
	Итого	43	48,3	46	51,7	89	100,0	
Квалификационные возможности реализованы полностью	1	10	55,6	8	44,4	18	100,0	0,023
	2, 3, 4	25	25,8	72	74,2	97	100,0	
	Итого	35	30,4	80	69,6	115	100,0	
Квалификационные возможности реализованы не полностью	1	25	40,3	37	59,7	62	100,0	0,768
	2, 3, 4	82	37,8	135	62,2	217	100,0	
	Итого	107	38,4	172	61,6	279	100,0	
Роль стоматолога в обеспечении качества жизни незначительна	1	16	64,0	9	36,0	25	100,0	0,037
	2, 3, 4	26	38,8	41	61,2	67	100,0	
	Итого	42	45,7	50	54,3	92	100,0	

Роль стоматолога в обеспечении качества жизни значительна	1	19	34,5	36	65,5	55	100,0	0,874
	2, 3, 4	81	32,8	166	67,2	247	100,0	
	И т о г о	100	33,1	202	66,9	302	100,0	

Врачи групп 1 и 3 с показателями психического компонента здоровья ниже средневывборочных значений, полагавшие, что расценки на стоматологические услуги завышены или занижены, намного чаще укорачивали время бесед с пациентами (58,0%), чем специалисты этих же групп (29,7%), имеющие иное мнение в отношении ценовой политики.

При наличии различных факторов (устаревшее оборудование, недостаток материалов, знаний, большой поток пациентов), мешающих реализации профессиональной деятельности врачей, они ограничивались краткими рекомендациями пациентам в 38,8% случаев. При отсутствии помех в работе краткие рекомендации давали 50,0% врачей группы 1 и 25,0% специалистов остальных групп. Большой поток пациентов не устраивал 48,3% врачей, при этом они давали краткие советы. В том случае, когда большой поток пациентов устраивал, краткие рекомендации давали 49,1% врачей группы 1 и 29,0% специалистов остальных групп.

Если квалификационный потенциал врачей, по их мнению, не был полностью реализован, то краткие советы пациентам давали 38,4% из них. Врачи группы 1, считающие полностью реализованным свой квалификационный потенциал, давали краткие рекомендации в 55,6% случаев, остальные специалисты – в 25,8%.

Стоматологи, высоко ценившие свой вклад в обеспечение качества жизни населения, ограничивались краткими советами в 33,1% случаев. Специалисты групп 2, 3, 4, полагавшие, что роль врача-стоматолога в улучшении качества жизни населения незначительна, давали краткие рекомендации в 38,8% случаев, а врачи группы 1 – в 64,0%.

Таким образом, врачи-стоматологи группы 1 чаще других считали, что состояние зубочелюстной системы не влияет на качество жизни. При стаже работы по специальности менее 15 лет, отсутствии квалификационной категории, неудовлетворенности заработной платой, трудностях в работе, они реже других желали заниматься профессиональной гигиеной, даже признавая ее значимость. Врачи с низкими показателями физического и психического компонентов здоровья, считающие необоснованными расценки на стоматологические услуги или незначительной свою роль в обеспечении качества

жизни населения, даже при благоприятных условиях работы, чаще других не уделяли должного внимания санитарно-просветительной работе.

Отношение врачей с низкими показателями психического компонента здоровья к санитарно-просветительной работе не зависело от того, работали они в бюджетной сфере или в коммерческом учреждении, в то время как остальные специалисты, оказывая платные услуги, уделяли этим вопросам больше времени.

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда. Проект № 08-06-48633 а/С.

Литература

1. Агеев С. А. Совершенствование организации и анализ стоматологической помощи населению агропромышленного региона (на примере г. Тулы и Тульской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. А. Агеев. – М., 2007. – 26 с.
2. Дубровский В. И. Валеология. Здоровый образ жизни / В. И. Дубровский. – М. : RETORIKA-A, 2001. – 560 с.
3. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 [Electronic resource]. – Mode of access : <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/sf36.pdf>.
4. Каплан З. М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / З. М. Каплан. – М., 2007. – 27 с.
5. Леонтьев В. К. О связи протезирования в стоматологии, уровня здоровья и качества жизни пациентов. Зубной протез и здоровье / В. К. Леонтьев // Сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – М., 2004. – С. 19.
6. Лобанова В. А. Оптимизация оказания стоматологической помощи спортсменам : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Лобанова. – Самара, 2007. – 28 с.
7. Мозговая Л. А. Профилактика заболеваний пародонта у женщин в период беременности / Л. А. Мозговая, В. С. Гориславец // Актуальные проблемы стоматологии : материалы Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 105-летию со дня рождения Е. Е. Платонова. – М., 2006. – С. 186.
8. Мотивация стоматологов в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний / А. М. Хамадеева [и др.] // Рос. стомат. журн. – 2000. – № 5. – С. 30–33.
9. Мусина Н. Н. Повышение эффективности комплексной профилактики соматических и стоматологических заболеваний с использованием образовательных программ : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Н. Мусина. – Уфа, 2007. – 21 с.
10. Образцов Ю. Л. Профилактика стоматологических заболеваний: реальности, проблемы и пути их решения / Ю. Л. Образцов // Основные стоматологические заболева-

- ния, их лечение и профилактика на Европейском Севере : материалы обл. науч.-практ. конф. – Архангельск, 2004. – С. 63–67.
11. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 41–42.
 12. Тупикова Л. Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях реформирования экономики : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. Н. Тупикова. – СПб., 2002. – 33 с.
 13. Улитовский С. Б. Взаимосвязь уровня гигиенических знаний студентов с состоянием гигиены полости рта / С. Б. Улитовский, О. В. Калинина // Маэстро стоматологии. – 2006. – № 1(21). – С. 42–46.
 14. Хамадеева А. М. Мотивация спортсменов по вопросам профилактики стоматологических заболеваний / А. М. Хамадеева, В. А. Лобанова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – № 2. – С.37–41.
 15. Юшманова Т. Н. Экологические и социальные аспекты стоматологического здоровья населения Архангельской области : дис. ... д-ра мед. наук / Т. Н. Юшманова. – Архангельск, 1999. – 350 с.

Контактная информация:

Оправин Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Северного государственного медицинского университета.

Адрес: 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, СГМУ.

Тел. (8182) 28-60-75, e-mail terstom@nsmu.ru