

В.Т. Кайбышев

ПРОФЕССИОНАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Представлены результаты анализа образа жизни и здоровья врачей, выполненного по итогам анкетирования 6077 врачей Республики Башкортостан в 2002—2003 гг. Показано, что в современных условиях врачи характеризуются низким качеством жизни и здоровья, а их образ жизни не может быть оценен как здоровый, что определяется высокой производственной нагрузкой, которая не позволяет врачам соблюдать рациональные режимы труда, отдыха и питания.

Ключевые слова: медицина труда, здоровье работающего населения, здоровье врачей, здоровый образ жизни.

V.T. Kaybyshev. Occupationally determined lifestyle and health state of doctors in Russia nowadays. The article contains results of analysis covering lifestyle and health state of doctors according to questionnaires among 6077 doctors of Bashkortostan republic in 2002—2003. The author proved that nowadays doctors are characterized by low quality of life and health, their lifestyle could not be considered healthy because of intensive work load that prevents from rational schedules of work, rest and diet.

Key words: occupational medicine, health of working population, health of doctors, healthy lifestyle.

В настоящее время бремя социальной ответственности за сохранение здоровья и продление трудового долголетия работника в равной мере ложится на государство, бизнес и самого трудоспособного гражданина, что требует осознанного отношения каждого человека к вопросам сохранения и поддержания собственного здоровья.

Одной из задач настоящего исследования явилось выявление взаимосвязи между образом жизни и состоянием здоровья врача как одной из ключевых фигур в многогранном процессе формирования индивидуального и общественного здоровья в условиях современной России. Понятие «здоровый образ жизни» сегодня чрезвычайно широко используется как в научной, так и в научно-популярной литературе медико-гигиенического направления. В частности, общеизвестным является представление о распределении «ответственности» различных факторов за формирование здоровья человека, в котором 50 % отводится образу жизни, 20—25 % — качественному состоянию окружающей среды, 20 % — генетическим факторам и 10—15 % — состоянию здравоохранения [3]. Вместе

с тем удовлетворительного определения самого понятия «здоровый образ жизни» обнаружить не удалось. Чаще всего явно или неявно под здоровым образом жизни авторы понимают некий набор оздоровительных мероприятий, обеспечивающий гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия и включающий в различных сочетаниях оптимизацию режимов труда и отдыха, рациональное питание, достаточную двигательную активность, личную гигиену, закаливание, искоренение вредных привычек. Психологи и философы добавляют в этот перечень позитивное восприятие жизни и гармонизацию межличностных отношений. Учитывая, что в последние годы феномен здорового образа жизни все более прочно включается в научно-практические исследования в медицине труда как важнейший резерв сохранения и укрепления здоровья работающего населения, представлялось целесообразным попытаться еще раз очертить границы этого понятия через осмысление значений всех трех его составляющих, то есть образа жизни и здоровья.

Материалы и методика. Исследования выполнены в Республике Башкортостан (РБ) в 2002—2003 гг. с использованием анкеты, разработанной экспертами ВОЗ для европейской модели управления здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте [5], которая была дополнена с учетом специфики врачебной профессии. Всего разослано 10 000 анкет, получено и обработано 6077 (60,8 %). В совокупности это составляет около 40 % от числа всех врачей, работавших на начало 2004 г. в системе Министерства здравоохранения РБ [7], что позволяет считать полученную выборку репрезентативной.

Содержательная часть оценки фактического образа жизни врачей включала анализ режимов труда и отдыха, двигательной активности, наличия и значимости для врача вредных привычек, характера питания. В качестве интегрального показателя соответствия образа жизни врачей их представлениям о здоровом образе жизни и стремлению к его формированию анализировалось состояние здоровья врачей по результатам самооценки, распространенности использования медикаментозных препаратов, состоянию питания, для которого использован индекс массы тела (ИМТ), рассчитанный как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста, выраженного в метрах.

Уровень социального оптимизма оценивался по степени удовлетворенности жизнью, семейными отношениями и работой с расчетом безразмерного индекса, изменяющегося от минус 1 до плюс 1 и рассчитываемого по формуле:

$$I_n = [(a-d) + (b-c)/2]/n,$$

где a — число респондентов, ответивших на вопрос о степени удовлетворенности жизнью, семьей или работой положительно («да, удовлетворен»), b — «скорее удовлетворен, чем не удовлетворен», c — «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен», d — «нет, не удовлетворен», n — число лиц, участвовавших в опросе.

В процессе сравнительного анализа использованы также отдельные результаты анкетирования 653 студентов старших курсов медицинского вуза, проведенного нами в 2000 г. с применением специально разработанной анкеты.

Результаты и их обсуждение. Словарь русского языка дает по-

нятию «образ» пять определений: вид, облик; живое наглядное представление о ком- или чем-либо; обобщенное художественное отражение действительности; тип или характер; порядок, направление чего-нибудь, способ, причем иллюстрацией к последнему определению служат выражения «образ жизни», «образ мыслей» и «образ действий» [4].

Психология рассматривает понятие образа как субъективную картину мира или его фрагментов, которая включает самого субъекта, других людей, пространственное окружение и временную последовательность событий, а образ мира — как целостную многоуровневую систему представлений человека о мире, о других людях, о себе и своей деятельности [6].

Жизнь, с позиции философских представлений, есть «такой способ существования, при котором все проявления и изменения какого-либо единого целого совершаются в силу внутренних причин, лежащих в нем самом; роль же внешних воздействий сводится на содействие или противодействие этим внутренним причинам» [1].

Наиболее известное определение понятия «здоровье» содержится в Уставе ВОЗ — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Приведем здесь также определение «общественного здоровья», под которым понимается «важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей» [3]. В свою очередь, под качеством жизни понимается «категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации», а также «оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации» [3].

Следовательно, понятие «здоровый образ жизни» содержит в себе два значения: субъективное представление о том, каким должен быть «порядок жизни», который можно было

бы назвать здоровым, и содержательную характеристику фактического «порядка жизни» с учетом степени соответствия его идеальным представлениям. Опираясь на приведенные выше дефиниции, мы попытались дать ему следующее определение: здоровый образ жизни — это характерная для определенного этапа развития общества целостная многоуровневая система общественных и/или индивидуальных представлений о факторах и условиях формирования, способах и средствах сохранения и укрепления здоровья человека на протяжении всей его жизни, а также стремление индивида следовать этим представлениям и соответствующие действия, осознанно направляемые на достижение им полного физического, духовного и социального благополучия, самореализации и долголетия.

Очевидно, что формирование индивидуальных представлений о здоровом образе жизни в значительной мере определяется общественным сознанием, в том числе местом здоровья в структуре нравственных ценностей, сформировавшимися общественными идеалами относительно одобряемой обществом организации «жизненного порядка», отношением общества и государства к насущным проблемам здоровья и его сохранения. Однако формирование даже самых правильных представлений о том, каким должен быть образ жизни, хотя и является важным условием сохранения здоровья, само по себе его не гарантирует, поскольку степень соответствия фактического образа жизни идеальным представлениям о нем во многом определяется качеством жизни, то есть достаточностью условий жизнеобеспечения для формирования здорового образа жизни.

Сказанное выше определило последовательность анализа результатов анкетирования врачей для оценки как их представлений о здоровом образе жизни, так и фактически сложившегося образа жизни, а также места здоровья в структуре нравственных ценностей. В качестве исходного в данном разделе анкеты был использован вопрос «Что, по Вашему мнению, означает понятие «здоровый образ жизни»?», в ответ на который 14 % опрошенных врачей на первое место поставили «духовное самосовершенствование», 18 % — «занятие физической культурой», 21 % — «отсутствие вредных привычек» и остальные 47 % — «образ жизни, способствующий фи-

зическому и духовному здоровью личности», при том что часть респондентов первых трех групп указывала этот пункт в качестве второго выбора.

Что касается места здоровья в структуре нравственных ценностей врача в современной России, то в рамках использованной анкеты его можно было косвенно оценить по значимости для врача его утраты, которая в качестве одного из вариантов рассматривалась в вопросе «Что внушает Вам наибольшие опасения в ближайшем будущем?». На первое ранговое место в ответ на этот вопрос 63 % врачей поставили «будущее Ваших детей». Мы полагаем, что помимо проблем социальной напряженности в обществе, которые актуальны для половины врачей, эта тревога тесно связана с низким уровнем дохода в семьях врачей, который обуславливает резкое снижение доступности высшего образования для их детей. Так, согласно результатам опроса, свыше 75 % врачебных семей существует у черты бедности, поскольку доход на одного человека в их семьях не превышает 2500 руб., а величина прожиточного минимума в среднем на трудоспособное население на конец 2003 г. составляла в РБ 1943 руб. Кроме того, 38 % врачей указали в качестве значимого фактора тревоги в ближайшем будущем обнищание.

Ответ «потеря здоровья» из 11 предложенных анкетой вариантов ответов на данный вопрос в совокупности выбрало 55 % врачей, однако только 45 % поставили его на первое ранговое место, хотя, разумеется, второе место также свидетельствует о достаточно высокой значимости здоровья. Вместе с тем следует иметь в виду, что врачи лучше многих других осведомлены о резком подорожании в последние годы сферы медицинских услуг. На фоне неудовлетворительного экономического положения врача именно это может явиться основной причиной тревоги относительно потери здоровья, то есть выбор приоритета здоровья из числа обозначенных проблем может быть обусловлен не столько высокой значимостью его в структуре нравственных ценностей, сколько насущными социально-экономическими проблемами. Любопытно, что опрошенные на два—три года ранее студенты старших курсов медицинского вуза ранжировали аналогичные факторы тревоги в последовательности «угроза обнищания — безработица —

потеря здоровья — нелюбимая работа — одиночество», причем безработицу и обнищание в совокупности не исключало 38 % студентов.

Следует также иметь в виду, что в течение длительного времени вокруг профессии врача в структуре общественного сознания формировался ареол подвижничества, что образно выражается древним девизом врача — «Светя другим, сгораю» [2]. На этом фоне общественное мнение как бы не допускает или, во всяком случае, не одобряет жизненного стиля врача, в котором он на одно из первых мест ставил бы интересы собственного здоровья, поскольку его долг — спасать и сохранять здоровье и жизнь других людей. При этом общество довольно долго как бы молчаливо соглашалось с ценой, которую врач платит за это подвижничество, или даже не замечало ее, а врач столь же молчаливо соглашался с обществом. Об этом свидетельствуют и давно сложившиеся в медицине династии: 46 % опрошенных врачей положительно относятся к понятию «врачебная династия», а еще 22 % — скорее положительно, чем отрицательно. Следовательно, врач, выбравший свою профессию «по призванию», может находиться во внутреннем противоречии между добровольным принятием на себя миссии спасателя и реальной угрозой потери собственного здоровья в процессе труда.

Рассуждая об отношении врача к собственному здоровью, нельзя не отметить и того, что в течение всей трудовой деятельности врач видит вокруг себя больных людей, причем зачастую — тяжело больных. На этом фоне относительно удовлетворительное состояние собственного здоровья может расцениваться им как благо, а его постепенное ухудшение в течение длительного времени не осознаваться, поскольку у большинства из тех, с кем врач имеет дело ежедневно, дела обстоят значительно хуже.

Снижению приоритета здорового образа жизни врача, по-видимому, способствует и его собственный профессиональный опыт, который свидетельствует, с одной стороны, о крайне малой прослойке в обществе здорового населения, а с другой — о раннем формировании и относительно длительном течении многих хронических заболеваний, при которых врач может способствовать лишь наступлению кратковременных ремиссий либо поддержанию не-

которого уровня жизнеспособности («если у всех или почти у всех это так плохо, то почему у меня должно быть намного лучше?»).

Возможно, поэтому ответы врачей на вопрос «Прилагаете ли Вы усилия к соблюдению здорового образа жизни в Вашей семье?» распределились следующим образом: «не придаю этому значения, не считаю важным» — 2 %, «считаю, что сегодня не время говорить об этом» — 2 %, «не имею экономической основы для формирования здорового образа жизни» — 17 %, «да, делаю все возможное» — 21 %, «стараюсь по мере возможности» — 62 %. Однако анализ с позиций здорового образа жизни ответов врачей на другие вопросы свидетельствует, что даже те из них, которые полагают, что они стремятся к его соблюдению «по мере возможности», в действительности не могут быть отнесены к лицам, соблюдающим этот образ жизни. Так, практически все врачи (99 %) вынуждены подрабатывать вне основной работы, причем для отдельных врачебных профессий, например для врачей хирургического профиля, в течение нескольких месяцев в году суммарные трудовые нагрузки превышают официально установленные трудовым законодательством в 2,5—3 раза; 48 % врачей часто и очень часто устают физически или умственно к концу рабочего дня настолько, что не могут к началу следующего дня отдохнуть по-настоящему от работы. Все это, безусловно, не позволяет ни формировать, ни сохранять рациональные режимы труда и отдыха.

Как известно, труд многих врачей характеризуется гиподинамией, однако треть врачей (33 %) никогда не занимается хотя бы по 15 мин упражнениями с интенсивной физической активностью (быстрая езда на велосипеде, соревнование по плаванию, бег, аэробика и др.), а еще четверть (23 %) делает это менее одного раза в неделю, тогда как ежедневно подобными упражнениями занимается не более 6 % врачей. Треть врачей (32 %) никогда не тратит хотя бы полчаса на умеренную физическую нагрузку либо делает это реже одного раза в неделю. Только 31 % врачей не курит, а каждый десятый выкуривает более 10 сигарет в день. Из анализа ответов на различные вопросы следует, что как минимум для 5—9 % врачей актуальна проблема злоупот-

ребления спиртными напитками либо алкогольной зависимости.

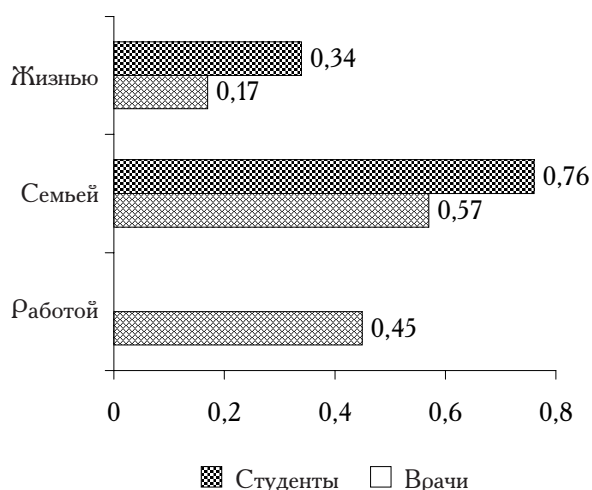
Следует заметить, что студенты медицинского вуза, по-видимому, были более откровенны при ответах на подобные вопросы, а возможно также, что распространенность курения и употребления алкоголя среди студентов действительно была выше. Так, на вопрос об употреблении алкоголя только 20 % мужчин и 16 % женщин ответили отрицательно, при этом 7 % студентов утверждали, что употребляли алкоголь чаще одного раза в неделю, а 39 % мужчин и 17 % женщин всем напиткам предпочитали водку. Что касается курения, то среди мужчин-студентов не курило 55 %, а среди женщин — 90 %, каждый пятый среди будущих врачей-мужчин выкуривал не менее 10 сигарет в день.

Практически все врачи отметили, что не имеют необходимых условий для рационального питания в процессе трудовой деятельности, а чрезмерная производственная загруженность не позволяет им уделять питанию достаточно внимания; 23 % из них нуждаются в смене режимов питания, 19 % плохо питаются (не могут позволить себе использование высококалорийных и дорогих продуктов), 17 % регулярно употребляют нездоровую пищу быстрого приготовления, 18 % постоянно вынуждены питаться «на ходу», 19 % принимают пищу с недопустимо длинными промежутками, 13 % не умеют готовить здоровую пищу, 18 % еще не осознали необходимости правильного питания.

Собственное здоровье 67 % врачей оценили как «удовлетворительное», 16 % — как «хорошее» и только 12 % — как «плохое». Вместе с тем распространенность хронических неинфекционных заболеваний среди врачей изученной когорты составила 2,0 заболевания на каждого опрошенного; 42 % врачей испытывают проблемы со сном более одного раза в неделю и еще 31 % — как минимум раз в неделю; половина врачей с различной степенью регулярности употребляет болеутоляющие препараты, 29% — успокоительные препараты, не менее 8 % — антидепрессанты. Каждый четвертый врач считает необходимым для себя подробно обследоваться и пролечиться в условиях клиники, 69 % мечтают о курсе лечения в санатории или санатории-профилактории.

Анализ роста-весового показателя или ИМТ опрошенных врачей показал, что только у половины из них состояние питания можно считать удовлетворительным; 6 % опрошенных врачей характеризуются пониженной либо недостаточной массой тела, а доля врачей с избыточной массой тела гораздо выше:— 19 % имеют признаки ожирения, 15 % страдают ожирением первой степени, 8 % — второй, 25 % — третьей и более 120 человек из числа опрошенных (около 0,2 %) — ожирением четвертой степени. Установлено, что нарушения питания и обмена веществ у врачей формируются уже в относительно молодом возрасте — до 29 лет, причем в группе лиц с избыточной массой тела преобладают мужчины (41 % против 21,6 % у женщин), а с различной степенью ожирения (19 % против 6,5 %).

Очевидно, что на этом фоне вряд ли правильно ожидать от врачей высокого уровня социального оптимизма, то есть позитивного восприятия жизни и гармонии межличностных отношений. 13% врачей полностью не удовлетворены тем, как складывается их жизнь и еще 17 % склонны принять такое решение (ответ «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен»). Иными словами, почти каждый третий врач не удовлетворен своей жизнью, а следовательно и своим образом жизни, и только 13 % врачей полностью удовлетворены тем, как сложилась их жизнь.



Индекс удовлетворенности работой, семьей и жизнью у врачей и студентов старших курсов медицинского вуза

Внутрисемейные отношения у врачей более оптимистичны — здесь 45 % врачей считает, что их семейные отношения не нуждаются в какой-либо коррекции, то есть полностью удовлетворены ими, и только 4 % — полностью не удовлетворены. Степень удовлетворенности работой занимает промежуточное положение — 29 % врачей полностью удовлетворены своим трудом и 5 % — полностью не удовлетворены. Следует заметить, что уровень социального оптимизма врачей по сравнению со студентами стал значительно ниже: по степени удовлетворенности семейными отношениями он снизился на 33 %, а по удовлетворенности жизнью — в 2 раза, о чем свидетельствуют соответствующие индексы удовлетворенности (рисунок).

Таким образом, полученные результаты в целом могут свидетельствовать о наличии у врачей в современных условиях определенных представлений о здоровом образе жизни, однако, по-видимому, они недостаточно структурированы и вряд ли представляют собой действительно цельный образ, являющийся для врача идеалом, достичь которого он стремится на протяжении всей жизни. Примерно половина врачей уверена в том, что здоровый образ жизни — это комплексный подход, обеспечивающий физическое и духовное здоровье личности, но только каждый пятый готов утверждать, что прилагает к его реализации максимальные усилия.

Вместе с тем анализ соотношения реально-го образа жизни врачей с различными компонентами здорового образа жизни: режимами труда и отдыха, рациональным питанием, необходимым уровнем двигательной активности, наличием вредных привычек, степенью позитивности восприятия жизни, а также фактическим состоянием здоровья — позволяет сделать вывод о том, что в современных условиях абсолютному большинству врачей здоровый образ жизни не доступен.

Сложившийся образ жизни врачей в значительной степени является профессионально детерминированным, что определяется низким качеством жизни, обусловленным неудовлет-

ворительным экономическим положением врачей в обществе, чрезмерно высокими трудовыми нагрузками, а также, по-видимому, особенностями психологического восприятия врачами феномена здорового образа жизни. У студентов старших курсов медицинского вуза и врачей наблюдается сходное негативное отношение ко многим аспектам здорового образа жизни, однако у врачей по сравнению со студентами нарастает уровень социального пессимизма.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и реализации отраслевой целевой подпрограммы «Здоровье врачей России» в рамках Программы «Здоровье работающего населения России», в которой следует предусмотреть как систему мер по оздоровлению врачей и студентов медицинских вузов ввиду крайне низкого качества их здоровья, так и систему формирования у них научно обоснованных представлений и практических навыков здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь. Современная версия. — М.: Изд-во Эксмо, 2002.
2. Измеров Н.Ф. // Мед. курьер. — 2003. — № 22. — С. 15—18.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью. Ч. 1. Общественное здоровье. — М.: Медицина, 2003.
4. Ожегов С.И. Словарь русского языка: ок. 57 000 слов / Под ред. чл.-корр. АН СССР Н.Ю. Шведовой. — 17-е изд., стереотип. — М.: Рус. яз., 1985.
5. Симонова Н.И. // Международное рабочее совещание по проблеме управления здоровьем, окружающей средой и безопасностью в условиях производства. 13—16 октября 2002 г., Уфа. Материалы совещания. — Уфа, 2002. — С. 22—28.
6. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 1998.
7. Шакиров В.Ф. // Мед. труда. — 2005. — № 7. — С. 5—7.

Поступила 21.11.06