

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

НИГМАТУЛЛИНА ДИНАРА ХАЛИМОВНА

**РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ
ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Научный руководитель:
д.м.н., профессор А.А. Гильманов

Казань – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В ТРУДАХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ УЧЕНЫХ	11
1.1 Изменение законодательства, регулирующее выход на пенсию	11
1.2 Общая и первичная заболеваемость, смертность врачей предпенсионного возраста	13
1.3 Диспансеризация врачей предпенсионного возраста.....	21
1.4 Трудоспособность и качество жизни врачей предпенсионного возраста	23
1.5 Оценка качества жизни врачей предпенсионного возраста	28
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	32
2.1 Общая характеристика исследования	32
2.2 Этапы осуществления научно-исследовательской работы	34
2.3 Методы статистического анализа данных.....	38
ГЛАВА 3 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА	41
3.1 Смертность врачей предпенсионного возраста	41
3.2 Заболеваемость врачей предпенсионного возраста.....	49
3.3 Диспансеризация врачей предпенсионного возраста.....	60
ГЛАВА 4 ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА, ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ	68
4.1 Самооценка здоровья врачами предпенсионного возраста	68
4.2 Оценка трудоспособности врачами предпенсионного возраста.....	75
4.3 Самооценка врачами предпенсионного возраста качества жизни.....	77

ГЛАВА 5 МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	90
ВЫВОДЫ.....	100
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	102
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	103
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	104
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	128
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	136
Приложение 1 Карта электронного заочного анкетирования врачей предпенсионного возраста «состояние качества и образа, условий жизни и труда, состояния когнитивных функций, синдрома старения»	136
Приложение 2 «Карта изучения вопросов оздоровления врачей предпенсионного возраста в планах и программах медицинских организаций»	148
Приложение 3 Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО»	153
Приложение 4 Акты внедрения	169

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема сохранения и укрепления здоровья врачей предпенсионного возраста приобретает исключительную актуальность в современных социально-демографических условиях и законодательных решениях. Эта значимость обусловлена двуединой задачей государственной политики: направленностью на увеличение продолжительности здоровой и активной жизни и необходимостью обеспечения длительной профессиональной трудоспособности [62, 77, 121]. Ключевым фактором, резко усиливающим остроту проблемы, стало повышение пенсионного возраста в соответствии с Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий» [75]. Это привело к значительному увеличению численности врачей, продолжающих активную трудовую деятельность в новых предпенсионных возрастных рамках: мужчин 60-64 года и женщин 55-59 лет. По наблюдениям, заболеваемость врачей демонстрирует устойчивую тенденцию к росту, а с увеличением стажа работы достигает максимальных значений [102]. Несмотря на очевидную социальную значимость, уровень преждевременной смертности медицинских работников остается высоким [91, 112, 150, 178, 179]. Россия сталкивается с дефицитом трудовых ресурсов, в том числе в сфере здравоохранения [50, 79, 131, 138].

Здоровье является абсолютно критическим, первостепенным фактором, определяющим эффективность и продуктивность трудовой деятельности врачей-предпенсионеров. Осознанное стремление к высокому качеству жизни в этот период является мощным мотиватором для внимательного отношения к собственному здоровью. Однако, предпенсионный возраст характеризуется объективными физиологическими процессами – накоплением бремени хронических заболеваний, возраст-ассоциированных состояний и снижением компенсаторных возможностей организма [7, 20, 29, 47, 67]. Этот процесс

неизбежно ведет к снижению общего трудового потенциала, повышенному риску заболеваний и, в конечном счете, может спровоцировать досрочный уход из профессии по состоянию здоровья еще до достижения нового пенсионного возраста [60, 72, 84].

Таким образом, на стыке демографических трендов, изменений пенсионного законодательства и специфических возрастных рисков для здоровья резко возрастает потребность в комплексном изучении реального потенциала здоровья врачей предпенсионного возраста. Только на основе такого анализа можно разработать и внедрить научно обоснованные, адресные меры медицинской, профилактической и организационной поддержки, направленные на укрепление их здоровья, сохранение профессионального долголетия и поддержание высокого качества оказываемой ими медицинской помощи населению [63, 125].

Степень разработанности темы исследования. Сохранение здоровья врачей, являющегося условием профессионального долголетия, становится важнейшей задачей современного российского здравоохранения. Исследователи в области общественного здоровья все чаще обращают свое внимание вопросам состояния здоровья врачей и, в частности, врачей старших возрастных групп [62, 77].

Изучению общего состояния здоровья врачей, факторов профессионального выгорания, условий их труда и заболеваемости посвящены работы В.П. Прокопьева (1993), В.И. Павлова (2006), М.А. Сычева (2008), Е.А. Сосульниковой (2011), И.А. Бердяевой (2012), Т.А. Ермолиной (2012), А.Д. Дегтярева (2014), Л.М. Карамовой (2016), Э.И. Султановой (2018), Н.Л. Труфановой (2019), Е.Л. Борщука (2020), В.В. Мадьяновой (2020), которые акцентировали внимание на более высоких уровнях смертности среди врачей мужчин, превышающий такового среди врачей-женщин 2,5 раза [19, 23, 36, 45, 48, 65, 89, 96, 115, 120, 121, 124]. Основными причинами смерти они указали болезни системы кровообращения, новообразования и психические расстройства. О.В. Царева (2016), М.А. Бабешина (2017), Р.И. Ягудина (2018), А.В. Федяева (2020) в своих исследованиях отмечали низкую медицинскую активность среди врачей, увлечение самолечением и

устойчивую взаимосвязь между спецификой профессиональной деятельности врачей и уровнем их заболеваемости [116, 128, 133, 140].

Учитывая это, многие авторы рекомендовали внедрить регулярный мониторинг здоровья врачей, анализ заболеваемости и смертности, а также расширить доступ работников здравоохранения к санаторно-курортному лечению [6, 28, 51, 76, 78, 135]. Значительное число авторов отмечают в своих работах проблему низкой медицинской активности в этой среде [91, 119, 176, 184]. Однако, несмотря на обширность изученных аспектов здоровья врачей, проблема здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей старших возрастов, особенно в свете пенсионной реформы 2018 года, остается недостаточно исследованной. Существующие работы носят фрагментарный характер и по их результатам не были предложены комплексные мероприятия, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: научно обосновать и разработать медико-организационные мероприятия по сохранению и укреплению здоровья врачей предпенсионного возраста.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели смертности, общей и первичной заболеваемости врачей предпенсионного возраста.

2. Проанализировать результаты прохождения диспансеризации врачей предпенсионного возраста.

3. Провести комплексный анализ удовлетворенности врачей предпенсионного возраста состоянием здоровья, трудоспособностью, качеством жизни и доступностью медицинской помощи на основе субъективных оценок.

4. Разработать медико-организационные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья врачей предпенсионного возраста, повышение их трудоспособности.

Научная новизна. Впервые на основе системного подхода проведено комплексное медико-социальное исследование и дана характеристика состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста на

базе объективных показателей и субъективной оценки. Установлены медико-статистические закономерности в смертности врачей предпенсионного возраста, уровень которой в 2-3 раза выше, чем у аналогичной возрастной группы среди населения, определены врачебные специальности и медицинские организации с наиболее высокими показателями смертности, выявлены наиболее значимые заболевания по данным обращаемости и диспансеризации.

Самооценка здоровья, трудоспособности и качества жизни врачами предпенсионного возраста свидетельствовала об отсутствии приверженности к прохождению диспансеризации, о наличии очередей при получении медицинской помощи в медицинских организациях и высокой распространенности самолечения. Врачи предпенсионного возраста в 3 раза меньше обращаются за медицинской помощью, показатель диспансеризации в 2 раза ниже, чем у предпенсионных возрастных групп среди населения и более 80% из них занимаются самолечением.

Оценка деятельности общественных организации и администрации медицинских организаций по сохранению здоровья и активного долголетия врачей предпенсионного возраста показала отсутствие системной работы на основе долгосрочных корпоративных программ. Разработана методологическая основа формирования программ сохранения здоровья и активного долголетия на уровне медицинских организаций.

Теоретическая и практическая значимость. Теоретическая значимость заключается в том, что проведенное исследование позволяет накопить знания о состоянии здоровья врачей предпенсионного возраста, которые могут быть использованы в разработке корпоративных программ и комплексных мер поддержки. Практическая значимость диссертационной работы состоит в том, что полученные данные послужили основой для разработки профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья лиц предпенсионного возраста для эффективного продолжения трудовой деятельности врачами в региональной системе здравоохранения. Результаты исследования применяются в обучении специалистов в области организации здравоохранения и общественного

здоровья на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Методология и методы исследования. Методология диссертационной работы организована в соответствии с поставленными целью и задачами. В исследовании были применены современные статистические методы расчета динамических рядов, интенсивных показателей, социологический, t-критерий Стьюдента, хи-квадрат Пирсона. Критический уровень статистической значимости нулевой гипотезы принимался равным 0,05.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установленные характеристики и закономерности в смертности, заболеваемости врачей предпенсионного возраста свидетельствуют о более высоких уровнях данных показателей по сравнению с общим населением, а также о росте негативных тенденций с возрастом, которые оказывают существенное влияние на их трудоспособность и качество жизни.

2. Мероприятия по сохранению здоровья и трудоспособности врачей предпенсионного возраста должны проводиться на основе долгосрочных корпоративных программ медицинских организаций, обеспечивающих доступность медицинской помощи, формирующих приверженность к выполнению профилактических мероприятий и высокую медицинскую активность.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность полученных результатов и обоснованность выводов обеспечиваются репрезентативным объемом выборки и использованием современных методов исследования, адекватных поставленным цели и задачам работы. Научные положения, выводы и практические рекомендации базируются на убедительных фактических данных, которые наглядно представлены в таблицах и рисунках. Обработка, статистический анализ и интерпретация результатов выполнены с применением современных методов обработки информации и статистического анализа. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из которых 4 – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК; 3 свидетельства о государственной регистрации баз данных.

Результаты диссертационной работы представлены на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению» (Казань, 2020, 2021, 2022); IV Международной научно-практической конференции «Современные достижения и перспективы охраны здоровья населения» (Ташкент, 2022); XXVII Международной научно-практической конференции «Качество жизни населения позднего трудоспособного возраста» (Москва, 2022); Конгрессе Молодых ученых (Сочи, 2022); Всероссийском научно-медицинском форуме студентов и молодых учёных с международным участием «Белые цветы» (Казань, 2023); Республиканской научно-практической конференции «Организация первичной медико-санитарной помощи населению» (Казань, 2024, 2025); XVI, XVII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье человека в 21 веке» (Казань, 2024, 2025); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье и профилактическая медицина», посвящённая 150-летию Н.А. Семашко (Казань, 2024); Республиканской научно-практической конференции «Организация первичной медико-санитарной помощи населению», посвящённая 100-летию кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань, 2025).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют пунктам 5, 10, 11 паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Личный вклад автора. Сформулированы цель и задачи, составлен план исследования, проведен обзор литературных источников, посвященных изучению здоровья врачей предпенсионного возраста в России и за рубежом. Проведена выкопировка данных о смертности, заболеваемости, диспансеризации и анкетирование врачей предпенсионного возраста. Сформулированы выводы и предложения, подготовлена корпоративная программа для врачей

предпенсионного возраста с целью сохранения здоровья и активного долголетия. Доля личного участия в сборе первичного материала – не менее 85%, в обобщении, анализе и статистической обработке – не менее 90%, в написании диссертации – 100%.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов исследования, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы. Общий объем диссертации – 174 страницы. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 32 таблицами. Список литературы включает 198 источников, из них 59 – иностранных.

ГЛАВА 1

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В ТРУДАХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ УЧЕНЫХ

1.1 Изменение законодательства, регулирующее выход на пенсию

Динамичный процесс старения населения во всем мире в результате увеличения средней продолжительности предстоящей жизни на фоне сокращения рождаемости привели к возникновению проблем в пенсионных системах во многих странах. По оценкам Всемирного банка к 2030 году доля лиц старше 60 лет в структуре общей совокупности населения увеличится до 30%. Быстрее всего стареет сравнительно молодое на сегодняшний день население развивающихся государств [62].

Увеличение доли граждан пожилого и старческого возраста в общей структуре населения неминуемо влечет за собой повышение расходования всех видов ресурсов на удовлетворение основных потребностей данной социальной группы и делает актуальным разработку и реализацию комплекса мер, направленных на продление периода социальной активности как лиц предпенсионного так и пенсионного возраста, сохранение способности к самообслуживанию, улучшение качества жизни людей старших возрастных групп [11, 53, 83, 93, 101, 129].

Повышение пенсионного возраста в соответствии с федеральным законом № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий» привело к увеличению числа людей, которые будут продолжать работать до пенсии больше на пять лет, чем предыдущее поколение россиян [93, 120].

Это в полной мере относится к отрасли здравоохранения, где в силу повышения пенсионного возраста и введения отсрочки выплат профессиональных

льготных пенсий доля врачей возрастных групп 50-59 лет выросла к 2020 году по сравнению с 2005 годом с 18,2% до 25,9% [124].

Стоит отметить, что до 2018 года предпенсионным возрастом считался возраст за 2 года до выхода на пенсию. Предпенсионерам по законодательству полагалась только одна льгота – возможность оформить пенсию досрочно (на два года раньше установленного срока), если гражданин является безработным.

С 2018 года согласно закону № 350-ФЗ от 3 октября 2018 г., предпенсионным считается возраст в течение 5 лет до дня наступления возраста, дающего право на оформление страховой пенсии по старости, в том числе пенсии за выслугу лет, предусмотренный медработникам.

Аналитические данные сотрудников Института демографических исследований О.Д. Воробьевой с соавторами свидетельствуют, что повышение пенсионного возраста в России привело к увеличению доли высококвалифицированных пожилых работников – благодаря вкладу женщин пожилого возраста, «обладающих опытом, знаниями и, соответственно, наибольшим адаптационным потенциалом» [123]. Это в полной мере относится и к сфере здравоохранения.

Согласно данным Росстата за 2016–2022 годы, формально дефицит медицинских кадров в федеральных округах отсутствует. Однако статистика оперирует понятием ставок, тогда как кадровая ситуация в здравоохранении традиционно характеризуется системой совместительства. Практика, при которой один специалист занимает 1,5–1,75 ставки затрудняет объективную оценку реальной укомплектованности штата. Например, в Нижегородской области в 2018 году коэффициент совместительства достигал 1,48, что выше условно оптимального уровня. Параллельно с этим наблюдается устойчивое снижение обеспеченности населения врачами в государственном и муниципальном секторе (за исключением ЦФО и СЗФО) при одновременном росте числа специалистов в системе здравоохранения в целом. Это позволяет предположить наличие перераспределения кадров в пользу частных медицинских организаций, что может оказывать влияние на доступность помощи в бюджетных учреждениях [95].

Обеспеченность населения медицинскими кадрами характеризуется выраженной территориальной неравномерностью, что создает предпосылки для возникновения барьеров в доступности медицинской помощи. Проблема острейшего дефицита медицинских работников, особенно осязаемая в ряде регионов, частично смягчается за счет пенсионной реформы. Повышение пенсионного возраста позволяет опытным врачам, медсестрам и фельдшерам дольше оставаться в профессии. Таким образом, даже несмотря на снижение обеспеченности кадрами во многих областях (например, в Курганской, Тульской и других регионах показатели падают до критических 24–30 врачей на 10 тыс. населения), реформа помогает сохранить в системе ценных специалистов, которые продолжают передавать опыт и лечить пациентов [126].

В то же время нужно отметить, что пенсионная реформа 2018 года (Федеральный закон № 350-ФЗ) внесла коррективы в порядок выхода на пенсию медицинских работников – при сохранении требования к специальному стажу (25–30 лет), реализация права на досрочную пенсию откладывается на 5 лет. Учитывая, что работа врачей предполагает высокую интенсивность, огромную ответственность, колоссальные интеллектуальные и эмоциональные затраты, моральную нагрузку, поскольку цена ошибки — жизнь человека, увеличение срока выхода на пенсию несет риски снижения качества их труда [126]. Что еще раз подтверждает важность сохранения здоровья врачей, особенно предпенсионного возраста.

1.2 Общая и первичная заболеваемость, смертность врачей предпенсионного возраста

В последние годы заболеваемость медицинского персонала в Российской Федерации остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [62]. Лишь, 2% российских медиков признаны абсолютно здоровыми [114]. Ежегодно порядка 320 тысяч медицинских работников не выходят на работу из-за болезней. Они занимают пятое место по распространенности профзаболеваний, опережая даже работников химической промышленности [17, 23, 26].

Согласно официальным данным, врачи живут на 10-15 лет меньше своих пациентов. С одной стороны, играет роль совокупность специфических факторов, составляющих профессиональный стресс, с другой – врачи подвержены тем же факторам риска хронических неинфекционных заболеваний, что и популяция в целом. Авторы отмечают, что ситуация усугубляется с возрастом [12, 13, 29].

На фоне общего старения населения, в системе Российского здравоохранения возрастает количество врачей предпенсионного возраста. По оценке Л.И. Меньшиковой и соавторов их доля составляет порядка 30% [25].

Авторы отмечают, что данный возрастной период имеет особенности накопления бремени хронических заболеваний, что снижает трудовой потенциал и приводит к частым потерям трудоспособности [25].

Согласно данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ проведенного в 2016-2018 годы на территории Российской Федерации у лиц предпенсионного возраста отмечается повышение частоты соматических заболеваний и их сочетания, в том числе длительно протекающих [62].

Безусловно, комплексная сопутствующая патология, а также наличие множества факторов риска затрудняют осуществление трудовой деятельности и повышают риск частой и вынужденной потери трудоспособности и смертности у работников старше 50 лет [62].

При исследовании состояния здоровья медицинских работников предпенсионного возраста на территории России, выявлены высокие показатели заболеваемости, высокая смертность и низкая продолжительность жизни [7, 17, 109].

Одной из причин подобного неблагоприятного течения является более тяжелое течение и неблагоприятный прогноз заболеваний у медицинских работников, что может быть связано с определенными особенностями медицинской профессии [98, 112].

По мнению Н.В. Дудинцева и соавторов, менее половины медицинских работников активно заботятся о своем здоровье [8]. Каждый четвертый врач считает, что ничего не может сделать для улучшения своего здоровья, хотя,

большинство врачей (95%) утверждают, что забота о здоровье – это обязанность человека [82, 124].

Согласно анализу, проведенному Т.А. Ермолиной и соавторами от 45 до 70% обследованных врачей, имели хронические заболевания и процент их увеличивался с возрастом [44]. Анализ заболеваемости в расчете на 1 000 сотрудников учреждений здравоохранения показал, что наибольшее число случаев заболеваний приходилось на болезни органов дыхания – первое место (26,7%), болезни системы кровообращения – второе место, болезни органов пищеварения – 3 место. Распространенность хронических заболеваний оказалась среди врачей предпенсионного возраста в 13,3 раза выше, чем среди остального медицинского персонала. Следует отметить, что большинство медицинских работников связывали ухудшение состояния своего здоровья с трудовой деятельностью, в том числе с использованием медицинского оборудования [87, 99, 111, 114, 134].

При изучении закономерностей повышения заболеваемости с возрастом было обнаружено, что количество заболеваний в период от 35 до 45 лет увеличивается на 18,5%, от 45 до 50 лет – на 20,2%, от 50 до 65 лет – на 38,3%. В период от 50 до 55 лет наблюдается увеличение накопления заболеваний практически в 2 раза (11,4%) [62]. Прослеживается единство возрастных критериев накопления хронической патологии у медицинских работников как в нашей стране, так и за рубежом. В исследовании S. van den Berg et al. указано, что в Европейском союзе нарастание заболеваемости отмечается с 40–45 лет, а наличие мультиморбидности и низкого уровня образования значительно увеличивает частоту и длительность временной нетрудоспособности [193]. Таким образом, данные анализа отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о том, что хронические заболевания и факторы риска их развития в мире как в общей популяции, так и среди врачей предпенсионного возраста встречаются довольно широко и имеют тенденцию к нарастанию. Максимальный прирост сочетанной патологии, особенно в возрасте от 50 до 60 лет, требует повышенного внимания к состоянию здоровья врачей, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий [24, 33, 62, 136, 164].

По данным Н.Х. Амирова и соавторов, с возрастанием профессионального стажа у медицинских работников, в частности, у врачей отмечается рост заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, вертеброгенная патология на шейном и пояснично-крестцовом уровнях. Патология женской половой системы чаще регистрируется при стаже работы от 9 лет, при этом большая часть женщин находится в репродуктивном возрасте [4].

Ряд авторов отмечают у врачей предпенсионного возраста снижение распространенности поведенческих факторов риска и повышение частоты соматических заболеваний в связи с накоплением патологии и “взрослением” организма, таких как ожирение, сахарный диабет 2-го типа, АГ и др. [8, 44, 82, 99, 112]. Авторы отмечают, что комплексная сопутствующая патология, множество факторов риска затрудняют осуществление трудовой деятельности и повышают риск частой и вынужденной нетрудоспособности, в том числе у медицинских работников [62].

Для населения предпенсионного возраста характерно преобладание хронических заболеваний с сочетанным поражением различных систем и органов, повышающих потребность в регулярной амбулаторной медицинской помощи, включая лучевую диагностику [46].

В структуре заболеваемости врачебного персонала в клинических больницах на первом месте находятся болезни органов дыхания (45,5%), далее следуют травмы и отравления (23,9%), заболевания органов пищеварения и болезни костно-мышечной системы (по 5,2%), глаза и его придатков (4,1%), заболевания мочеполовой системы и системы кровообращения (3,1%), заболевания нервной системы и психические расстройства (2,3%), гинекологические заболевания (1,5%), новообразования (0,8%). И.Л. Максимовым и соавторами было показано, что наибольшие показатели заболеваемости встречаются среди врачей диагностических и терапевтических отделений, что обусловлено условиями труда [68]. Альтернативно, показатели заболеваемости среди врачей хирургического профиля оказались наименьшими [84].

В структуре общей заболеваемости врачей крупных многопрофильных стационаров превалирует болезни системы кровообращения (21,7%), болезни органов пищеварения (17,6%), болезни костно-мышечной системы (16,8%). Класс болезней органов дыхания оказался на четвертом месте, составляя 10,2%. Доля класса болезней мочеполовой системы составила 8,3%, что соответствует пятому ранговому месту [31, 97].

В работе С.Ю. Марцевич отмечалось, что среди практических врачей предпенсионного возраста достаточно высока распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь артериальной гипертензии (АГ) и гиперхолестеринемии [73]. При этом, степень их коррекции невысока, т.к. многие врачи не только не знали свой уровень холестерина, но и наличие у себя АГ. Только треть врачей, страдающих АГ, следовали правильным рекомендациям по лечению. Зная о наличии у себя повышенного артериального давления и избыточного веса, большинство не принимали мер по борьбе с ними [20, 65, 66, 77].

Среди врачей предпенсионного возраста также широко распространены болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Особо следует выделить заболевания суставов, центральное место среди которых занимает ревматоидный артрит [80]. Отдельного внимания заслуживает проблема плохого сращения и несращения перелома шейки бедренной кости [11, 164].

В ходе исследования, проводимого в МОНИКИ установлено, что общий уровень заболеваемости в связи с заболеваниями и травмами был значительно выше у врачей, чем у лиц других специальностей: в случаях – на 28,8%, в днях – на 37,4% [10]. В структуре заболеваемости всего работающего населения первые три ранговые места занимали те же заболевания, а четвертое – только травмы и отравления. Основное отличие заключалось в частоте заболеваемости. Так, среди врачей частота заболеваемости (в случаях) болезнями органов дыхания была выше в 1,2 раза, болезнями органов кровообращения – в 1,8 раза, болезнями мочеполовой системы – в 2,9 раза, болезнями органов пищеварения – в 1,4 раза, болезнями нервной системы – в 1,8 раза, новообразованиями – в 2,0 раза, болезнями глаза и его придаточного аппарата – в 2,0 раза.

Согласно В.А. Погодиной у врачей предпенсионного возраста состояние здоровья имеет свою особенность, которая проявляется накоплением определённых заболеваний, связанных с образом и условиями жизни, поэтому в таком возрасте заболеваемость и обращаемость за медицинской помощью выше [52, 69, 70, 118].

По мнению В.Н. Лариной, повышенный объем информации, необходимость постоянной концентрации внимания, экстренного принятия решений, высокий уровень профессиональной ответственности создают основу для возникновения у медицинских работников заболеваний, как профессиональных, так и общих [62, 85, 157]. Больничная среда расценивается как чрезвычайно агрессивная микрoэкологическая среда [127, 159].

Проведенное И.Л. Максимовым исследование по изучению заболеваемости врачей многопрофильной клинической больницы показало, что первое место в ее структуре занимали БОД (45,5%), далее травмы и отравления (23,9%) [67]. Самые высокие показатели заболеваемости были среди врачей диагностических и терапевтических отделений, самые низкие – среди врачей хирургического профиля. Аналогичные показатели врачей стоматологов Бишкека были получены в результате исследования К.М. Чойбековой и Г.А. Джумалиева [44, 137, 154, 195].

Интерес к изучению продолжительности жизни врачей и факторов, на нее влияющих, возник еще в конце XIX века. В тот период профессия врача была сопряжена с высоким риском: вероятность смерти в любом возрасте. Основными причинами считались профессиональные опасности, такие как риск инфицирования, постоянное психоэмоциональное напряжение из-за неудовлетворительных исходов лечения, а также тяжелых условий труда. В западных странах показатели смертности среди врачей, особенно старших возрастных групп превышали средние показатели всего населения вплоть до 50-х годов XX века [148]. Эта проблема остается актуальной и сегодня [173].

В западных странах в настоящее время установлена тесная связь между низкими показателями смертности, высоким уровнем образования и социальным статусом [166]. Объясняется это тем, что зарубежные врачи более основательно

относятся к своему здоровью, зачастую имеют легкий доступ к диагностике и лечению. Авторы отмечают, что низкая смертность врачей старших возрастных групп в западных странах может быть следствием высокого уровня организации профилактических осмотров, а также уровня дохода. Однако профессия врача продолжает нести в себе уникальные риски. В скандинавских и западноевропейских странах, несмотря на устойчивое снижение общей смертности врачей по сравнению с населением, сохраняется тревожно высокие показатели смертности от внешних причин [150, 169, 180, 190].

Ярким примером современных тенденций служат данные из Норвегии: за 40 лет наблюдений (1960–2000) стандартизированный коэффициент смертности снизился с 0,90 до 0,69 для врачей-мужчин и с 0,81 до 0,73 для врачей-женщин изучаемых возрастных групп по сравнению с населением. Однако, смертность среди врачей остается выше, чем среди других специалистов с высшим образованием [178].

Согласно исследованиям Е.И. Первичко и её коллег, пандемия COVID-19 в 2020 году существенно повлияла на уровень смертности среди врачей, ключевым фактором чего стал высокий профессиональный стресс [90].

Исследования Е.И. Первичко показывают, что высокая смертность стала прямым следствием синдрома профессионального выгорания, достигшего характера психологической травмы в экстремальных условиях пандемии, что и предопределило необходимость разработки специальных программ психологической поддержки для врачей старших возрастных групп [90].

Смертность врачей старших возрастных групп в России существенно связана с общими проблемами здравоохранения и демографической ситуацией. Врачи старшего возраста, как правило, попадают в группы риска по тем же причинам, что и пожилое население в целом [25].

Основной причиной смертности у врачей в данной возрастной группе являются болезни системы кровообращения, на которые приходится примерно половина (52%) всех случаев. Среди них преобладают сердечно-сосудистые заболевания (77%) и цереброваскулярные патологии, такие как инсульт (около

21%). Второе место по распространенности занимают злокачественные новообразования (31%), зачастую диагностируемые на поздних, прогностически неблагоприятных стадиях. Значительный вклад также вносят заболевания органов дыхания (пневмонии, ХОБЛ), болезни печени, сахарный диабет, а также хронические поражения почек и желудочно-кишечного тракта [54].

В последние годы COVID-19 также оказал существенное влияние, составляя значительную часть смертей среди пожилых, хотя в крайне пожилом возрасте его доля снижается [54].

Важно отметить, что после пандемии COVID-19 наблюдалось сокращение врачебного состава, в том числе среди старших возрастных групп, что также влияет на общие показатели смертности и нехватку медицинских кадров в стране. Несмотря на рост численности врачей к 2023 году, дефицит специалистов сохраняется, особенно в регионах. Согласно авторам, смертность врачей старших возрастных групп обусловлена как профессиональными, так и возрастными рисками, с доминированием сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, осложненных воздействием пандемии COVID-19 [25].

Смертность врачей старших возрастных групп по специальностям различается, и исследования авторами показывают следующие особенности. Хирурги имеют более высокий уровень смертности в сравнении с врачами других специальностей, особенно от онкологических заболеваний. Смертность от рака у хирургов в США более чем в 2 раза превышает уровень у других врачей. Основные причины — постоянный стресс, профессиональное рентген-облучение и высокие физические нагрузки, что связано с особенностями их работы [54, 149].

Уровень смертности среди хирургов от диабета и некоторых инфекций ниже, чем у других врачебных групп. Врачи-кардиологи и сердечно-сосудистые хирурги, пациенты которых часто страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, также подвержены профессиональным стрессам, которые могут способствовать заболеваниям. Другие специальности показывают меньшую смертность от онкологических заболеваний, но остаются уязвимы к сердечно-сосудистым болезням, инфекциям и хроническим заболеваниям. В целом, уровень смерти от

всех причин у хирургов выше, чем у врачей других специальностей, но ниже, чем у большинства остальных профессий [54, 106, 117, 149].

1.3 Диспансеризация врачей предпенсионного возраста

Не секрет, что нередко медицинские работники формально относятся к профилактическим осмотрам, несвоевременно и не всегда реагируют на данные обследований, а при выявлении заболеваний лечатся самостоятельно, не обращаясь за помощью к коллегам [100, 117, 164].

Согласно результатам исследования А.В. Рудковской, врачи призывают население регулярно проходить диспансеризацию, так как ранняя диагностика ряда серьезных заболеваний увеличивает шансы пациента на выздоровление. Также рекомендуют при первых признаках недомоганий обращаться к врачу, а не принимать антибиотики без назначения специалиста. Что касается действий самих врачей, то они сами и работающие с ними медицинские сестры старших возрастов не проходят ежегодную диспансеризацию [103].

Обращаются в медицинскую организацию лишь для получения справок и листков нетрудоспособности. Врачи во время опроса пояснили, что при первых недомоганиях они сами могут поставить себе диагноз. При проявлении первых признаков недомогания, чаще всего врачи (52%) принимают таблетки, стараются лечиться самостоятельно. Самые популярные причины игнорирования возможности обращения за медицинской помощью — мнение о том, что само пройдет (42%), нежелание тратить время в очереди (39%), а также невозможность покинуть рабочее место (33%) [122].

Игнорирование диспансерных осмотров безусловно отражается на заболеваемости врачей. Согласно работам М.А. Сычева заболеваемость врачей растет с каждым годом. Только одно хроническое заболевание имеют 22,3% врачей предпенсионного возраста, три-четыре хронических заболевания имеют более половины обследованных врачей – 50,6%. Четыре и более заболевания имеет каждый пятый врач предпенсионного возраста (27,1%) [122].

По результатам опроса З.Х. Агамова эффективность диспансерной работы врачами считается неоднозначной. Лишь каждый пятый специалист считает ее результативной, отмечая положительную динамику у пациентов. 40,0% придерживаются мнения, что динамика "скорее присутствует", но констатируют отсутствие выраженных улучшений у пациентов. Ключевыми проблемами врачи называют высокую бюрократическую нагрузку (затраты времени на документацию) и низкую мотивацию пациентов — оба фактора набрали по 80,0%. Далее следуют недостатки материально-технической базы (53,3%), высокая нагрузка "непрофильными" обязанностями (40,0%) и кадровый дефицит (26,7%). Реже упоминались реализация диспансерных мероприятий преимущественно на формальном уровне коллегами (20,0%) и нерациональное использование квалификации врачей (выполнение функций медперсонала — 13,3%) [2]. Вероятно, именно этим объясняется низкая привлекательность диспансеризации в глазах врачебного сообщества.

Существующие сегодня уровень и структура заболеваемости медицинских работников во многом обусловлены характерными особенностями профессиональной группы. Медицинские работники, особенно врачи старших возрастных групп, часто занимаются самолечением, не проходят диспансеризацию или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные об их заболеваемости оказываются ниже истинных. По данным некоторых отечественных авторов, число таких медработников составляет порядка 80% [15, 29, 39, 92, 93, 198].

А.В. Сашин и соавторы в своем исследовании указали на низкий процент прохождения диспансеризации врачами в старших возрастных группах: на долю врачей в возрасте 60 лет и старше (для мужчин), 55 лет и старше (для женщин) пришлось 16,0% и 11,5% соответственно. В исследовании указано, что по результатам диспансеризации первое ранговое место в структуре заболеваний врачей всех специальностей занимают болезни системы кровообращения. Второе и третье место в структуре выявленной патологии среди врачей терапевтического и хирургического профиля приходится на болезни костно-мышечной системы и

соединительной ткани (23,5% и 18,2% соответственно) и болезни глаза и его придаточного аппарата (11,6% и 17,5%). Четвертое ранговое место в структуре заболеваний терапевтов занимают болезни мочеполовой системы (9,0%), хирургов – болезни органов пищеварения (14,3%). Пятое – соответственно болезни органов пищеварения (8,4%) и болезни мочеполовой системы (5,1%). При этом, подавляющее большинство врачей (48,9%) имеют третью группу здоровья, причем количество мужчин (43,8%) с данной группой здоровья достоверно ниже аналогичного количества женщин (52,0%) ($p < 0,01$). 13,2% врачей, прошедших дополнительную диспансеризацию, имеют первую группу здоровья (количество мужчин с данной группой составило 14,4%, женщин – 12,4%). Почти каждый третий имеет вторую группу здоровья (34,4%) [107].

Согласно исследованиям, ключевым барьером, препятствующим участию врачей старших возрастных групп в диспансеризации, является их высокая рабочая нагрузка. Основная причина, которую они указывают – это хроническая нехватка времени, обусловленная большим потоком пациентов и обилием административных обязанностей. Данный фактор не только затрудняет эффективное выполнение основных профессиональных задач, но и снижает мотивацию к участию в дополнительных мероприятиях, в том числе диспансеризации [16].

1.4 Трудоспособность и качество жизни врачей предпенсионного возраста

Эффективность работы врачей складывается из следующих компонентов: профессионализма кадров, материальной базы учреждений и, в равной степени, благоприятных условий трудовой деятельности и работоспособности. Согласно Р.А. Tengland под работоспособностью понимается способность к эффективному труду, которая включает в себя: необходимую квалификацию, достаточную для ее реализации уровень здоровья и наличие профессионально важных качеств. Реализуется эта способность только в том случае, если предъявляемые требования разумны, а условия труда не выходят за рамки допустимых [191].

В работе А.О. Карелина изучалась работоспособность (РС) врачей-стоматологов [56]. В данном исследовании значение работоспособности определялось при помощи Work Ability Index – инструмент, разработанный в 1981 году мультидисциплинарным коллективом авторов, использующийся в международной практике как для научных исследований в области гигиены труда, так и для практической оценки уровня работоспособности сотрудников [192, 197]. По итогам работы определено, что средние значения текущей работоспособности (РС) в выборке врачей-стоматологов соответствуют среднему (сниженному) уровню. Выявлено, что 47% специалистов вынуждены периодически корректировать темп и методику работы, а 43% отмечают наличие симптомов ухудшения состояния, несмотря на сохранение способности к труду. Тревожным фактором является то, что 60% респондентов не уверены в возможности полноценного выполнения профессиональных обязанностей в ближайшие два года в связи с состоянием здоровья. Анализ листков нетрудоспособности показал, что у большинства врачей количество дней болезни не превышало 9 за последние 12 месяцев. При сравнительном анализе различных групп специалистов установлено, что показатели врачей-стоматологов-хирургов оказались хуже, чем у ортодонтот и детских стоматологов, по всем основным параметрам. Полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекционных мероприятий: большинству врачей (68%) требуется улучшение работоспособности, а 11% — ее полноценное восстановление [56].

В обзоре Д.Д. Каминера выделены неблагоприятных факторы, оказывающие потенциально вредоносное влияние на здоровье врачей-терапевтов, которые способны снижать их трудоспособность. Тяжесть труда врачей терапевтического профиля обусловлена комплексом взаимосвязанных факторов. Длительное нахождение в вынужденной сидячей позе во время амбулаторного приема доминирует среди физических нагрузок, приводя к гиподинамии. Это, в свою очередь, вызывает мышечно-тонические синдромы, венозный застой в органах малого таза и повышает риск соматических заболеваний, таких как ожирение и сердечно-сосудистые патологии. Помимо эргономических проблем, на врачей

воздействуют вредные производственные факторы: различные виды излучений, электромагнитные поля, ультразвук, шум и контакт с химическими аэрозолями. К биологическим рискам относится контакт с патогенными микроорганизмами и лекарственными средствами, особенно антибиотиками, которые могут вызывать сенсбилизацию. Особое место в структуре профессиональных рисков занимает психоэмоциональное напряжение. По данным опросов, более 60% врачей отмечают, что интенсивная работа с пациентами ведет к хроническому стрессу. Его закономерным следствием становится синдром профессионального выгорания — истощение эмоционально-энергетических ресурсов. Специфическими причинами этого выгорания у российских медиков являются низкая зарплата, дисбаланс между высокой ответственностью и реальными возможностями лечения, а также случаи насилия на рабочем месте. Таким образом, здоровье терапевта подвергается многофакторному риску — от физического перенапряжения до глубоких психологических проблем [9].

Несмотря на вышеперечисленные факторы, согласно результатам проведенного исследования М.А. Сычева, врачи обращаются в медицинскую организацию лишь для получения справок и листков нетрудоспособности. Врачи во время опроса пояснили, что при первых недомоганиях они сами могут поставить себе диагноз. При проявлении первых признаков недомогания, чаще всего врачи (52%) принимают таблетки, стараются лечиться самостоятельно. Самые популярные причины игнорирования возможности обращения за медицинской помощью — мнение о том, что само пройдет (42%), нежелание тратить время в очереди (39%), а также невозможность покинуть рабочее место (33%) [122].

По мнению В.Н. Лариной в силу профессиональной девиации медицинские работники зачастую не уделяют должного внимания собственному здоровью, а ежедневное общение с заболевшими людьми нередко приводит к тому, что они перестают реагировать на появление у себя болезни как на экстраординарное состояние, требующее специализированной помощи [62]. Не секрет, что нередко медицинские работники формально относятся к профилактическим осмотрам, несвоевременно и не всегда реагируют на данные обследований, а при выявлении

заболеваний лечатся самостоятельно, не обращаясь за помощью к коллегам [27, 29, 47, 181].

Социологические опросы показали, что 79,0% врачебного персонала предпенсионного возраста в городе и 87,0% на селе занимаются самолечением [36].

Согласно проведенным исследованиям одной из причин самостоятельного лечения врачами предпенсионного возраста является низкое качество диагностических исследований в амбулаторных условиях, так оценивают – 17,1% пациентов. Около 5,8% врачей полагают, что информация лечащего врача о состоянии их здоровья является не полной. Порядка 20% опрошенных врачей считают неудовлетворительной доступность и качество разъяснений информации. Профессионализм среднего медицинского персонала 10,7% врачей считают неудовлетворительным. Около 20% врачей предпенсионного возраста считают качество лечения в амбулаторных условиях как неудовлетворительное [5, 35, 36, 41, 57, 74, 88].

В.С. Егорова отмечает, что основными причинами выбора врачами самолечения являются уверенность в собственной возможности справиться с лечением самостоятельно (57%), отсутствие времени на визит к врачу (43%) и отсутствие денежных средств для оплаты консультации (27%). При самолечении респонденты в основном ориентируются на прошлые назначения врача (66%) и собственный опыт (63%). Чаще всего врачи прибегают к самолечению при простуде и ОРВИ (99%), болях различной локализации (69%), расстройствах и заболеваниях ЖКТ, порезах и царапинах (по 63%) [42].

По мнению ряда авторов, у врачей старших возрастных групп достаточно широко распространена практика самолечения, как среди мужчин, так и среди женщин. Согласно данным, представленным А.В. Федяевой и соавторов более четверти врачей-мужчин предпенсионного возраста практикуют методы самолечения во всех случаях, а к врачам обращаются только в исключительных случаях. Еще около половины опрошенных врачей-мужчин данной возрастной группы сами выделяют состояния, при которых, по их мнению, не следует обращаться к врачу. Следовательно, практически три четверти опрошенных

мужчин в возрасте 60–64 года вполне допускают использование методов самолечения. Более старшие мужчины осторожнее относятся к методу самолечения и используют его реже. Так, только пятая часть мужчин предпенсионного возраста практикуют методы самолечения во всех случаях, а в самой старшей возрастной группе (70 лет и старше) – только 11,3% опрошенных [128].

Однако около половины всех опрошенных в этих возрастных группах используют методы самолечения при некоторых, с их точки зрения, неопасных состояниях, таких как «простудные» заболевания, обострение хронических болезней. Они считают, что могут их лечить самостоятельно и их уровень знаний позволяет это сделать. Среди женщин наблюдалась такая же динамика. Также, как и у мужчин, четверть опрошенных женщин предпенсионного возраста обращаются к врачам в исключительных случаях, предпочитая использование методов самолечения. В более старших возрастных группах (пенсионный возраст) частота этого явления уменьшается до 20,7 на 100 опрошенных. Таким образом, авторы отмечают, что с увеличением возраста «строгих» приверженцев метода самолечения становилось меньше. Факультативное использование методов самолечения при состояниях, которые, по их мнению, не требовали обращения за квалифицированной медицинской помощью практикует более половины мужчин и женщин старших возрастных групп [128, 196].

Такое поведение врачей, может быть, обусловлено различными причинами, в т. ч. уровнем доступности медицинской помощи, качеством предоставляемых медицинских услуг. В данном контексте существенный интерес представляют результаты мониторинга качества работы поликлиник, проведенного активистами Общероссийского народного фронта в рамках проекта «Народная оценка качества». Оценка проводилась по 5-балльной шкале, и результаты оказались неутешительными: только 35% пациентов оценили работу поликлиники на «5». Оценка «1» была дана 17% опрошенных, оценка «2» – 8%. Основные недостатки в работе поликлиники, о которых сообщили опрошенные: трудности в записи на прием к врачу и на сдачу анализов – 56% респондентов; нехватка врачебного

персонала – 26% респондентов; некомфортные условия пребывания в учреждении – 17% респондентов; навязывание платных услуг – 14% респондентов; непригодность учреждений для маломобильной группы граждан – 10% респондентов; низкая компетентность, недоброжелательность медицинского персонала – 10% респондентов [22, 110, 140].

Согласно И.А. Бердяевой проблема организации эффективной системы охраны здоровья медицинских работников заключается в отсутствии полного представления о здоровье работников отрасли. Сочетанное воздействие комплекса неблагоприятных факторов производственной среды, ненадлежащее выполнение администрацией лечебно-профилактических учреждений обязательств по обеспечению безопасных условий труда, отсутствие ведомственной медицинской помощи ведет к росту заболеваемости работников здравоохранения [14, 18, 19, 147, 186].

1.5 Оценка качества жизни врачей предпенсионного возраста

Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека [3, 132], характеризуется высоким уровнем нагрузок психологического плана, требует внимательности, выносливости и высокой трудоспособности [1, 21, 61, 108, 130].

Врачи и медсестры являются основными человеческими ресурсами, которые проводят значительную часть своего времени в больницах. Они должны регулярно работать в течение ночи, в чрезвычайных ситуациях, с обширной рабочей нагрузкой и стрессом, который может негативно сказаться на их производительности и качестве трудовой жизни [30, 58, 142, 157, 160].

Отмечено влияние интенсивного рабочего труда на снижение качества жизни врачей общего профиля особенно старших возрастных групп, работающих в бесплатных клиниках. Врачи обычно сталкиваются с рядом трудностей, таких как лишение сна, стрессы, нагрузки и усталость, которые могут иметь негативные последствия для их поведения, общения, способности к обучению и принятию решений, что в целом ведет к снижению качества их жизни [59, 145, 177, 182].

Изменение интенсивности рабочей нагрузки во многом повышает оплату труда. И врачи, и другой медицинский персонал встают перед психологической дилеммой: или усталость и хорошая заработная плата, или низкая профессиональная нагрузка и соответственная заработная плата [155].

Материальные трудности являются одной из основных причин негативного психологического настроения. Оценивая свой психологический статус, большинство (61,3%) медработников отметили, что часто пребывают в состоянии беспокойства и тревожности, поводом для которых служит материальное неблагополучие, производственно-профессиональные проблемы, жилищно-бытовая неустроенность и тревога за благополучие и здоровье своих близких [26, 35]. Низкий уровень семейного бюджета в семьях медицинских работников нередко подводит их к черте бедности и не позволяет компенсировать материальные потребности своих семей без «финансовых вливаний со стороны». Хотя почти половина изучаемого контингента имеют совмещение, а пятая часть – дополнительные заработки вне основного места работы, только 39,9% опрошенных назвали себя основным «добытчиком» денег в семье; у 23,1% респондентов таковым является супруг, а 15,7% – указали на серьезную финансовую поддержку со стороны других близких родственников (родители, дети) [94, 104, 113].

Е.Л. Николаев отмечает, что врачи предпенсионного возраста, оценивают свое здоровье более позитивно, чем врачи других возрастных групп. Это может свидетельствовать об их меньшей склонности «фиксироваться» на вопросах собственного здоровья, в силу профессиональной деятельности, так как им постоянно приходится решать более тяжелые проблемы со здоровьем больных людей. Врачи, субъективно ощущая себя более здоровыми, склонны игнорировать мало выраженные негативные сигналы со стороны здоровья и имеют более низкие показатели качества жизни при низком уровне здоровья [60, 81, 120, 151].

Результаты социологических исследований В.А. Руженкова и соавторов показали, что интенсивность рабочего труда влияет на снижение качества жизни врачей всех возрастов, в том числе и предпенсионного возраста. Врачи обычно сталкиваются с целым рядом трудностей, таких как лишение сна, стрессы, нагрузки

и усталость, которая может иметь негативные последствия для их поведения, общения, способность к обучению и принятию решений, что в целом ведет к снижению качества жизни врачей [37, 38, 43, 104, 139].

Анализ результатов проведенного опроса врачей ССМП, выявил, что треть врачей старшей возрастной группы – 34,7% - быстро устают, 10,5% все делают через силу, а 22,1% все время чувствуют усталость. Практически у всех врачей выявились те или иные нарушения сна, а у некоторых наблюдалось сочетание нескольких симптомов, что, вероятно, явилось результатом суточного режима работы и невозможности полноценного отдыха ночью во время смены. Оказалось, что для 34,2% респондентов характерно слишком раннее пробуждение, 27,8% испытывают трудности с засыпанием, 23,5 % плохо спят ночью, а 9,9 % большую часть ночи проводят без сна. Некоторые (4,8%) медицинские работники принимают таблетки, чтобы заснуть. Проявлением нестабильности эмоциональных реакций было подтверждение респондентами того, что почти у половины из них легко портится настроение — 40,1%; 12,8% ощущают свое критическое положение; 11,2% забыли, когда их что-либо радовало; 12,3% просыпаются с чувством подавленности, а 10,2% просыпаются по ночам от ощущения тревоги. Настораживает тот факт, что, хотя и немногие — 3,7% — считают, что жить не стоит [21, 36, 55, 64, 71, 93, 105, 133, 141].

Формирование состояния здоровья врачей предпенсионного возраста и его самооценки находятся под влиянием их профессиональных знаний, а нередко и навыков; именно эта группа населения характеризуется практически полной информированностью, как в отношении действия конкретных факторов, так и профессиональными представлениями о коррекции возникших патологических отклонений, в том числе медицинскими мерами [34, 40, 49, 73, 115, 144].

Таким образом, это уникальная группа в составе населения, и изучение здоровья этой группы населения имеет фундаментальный интерес. При этом значительная часть этой возрастной категории планируют продолжить свою профессиональную деятельность после оформления пенсии по возрасту. С возрастом человек накапливает опыт в разрешении различных жизненных

ситуаций, его эмоциональная стабильность, умение противостоять сложным жизненным ситуациям, развивающееся в течении жизни, позволяет им правильно расставлять приоритеты. Однако процессы, происходящие на поведенческом, психофизиологическом уровнях, базируются на адаптационных реакциях физиологического уровня, которые при длительном воздействии на организм стрессогенных факторов обуславливают повышение «физиологической стоимости» ответных реакций организма. В связи с чем одним из направлений сопровождения людей предпенсионного возраста является поиск путей сохранения профессионального долголетия [72, 86, 143, 146, 152, 153, 156, 158, 161-163, 165, 167, 168, 170-172, 174, 175, 183, 185, 187, 188, 194, 196], что определяет высокую актуальность проведения научных исследований по формированию комплексных программ сохранения здоровья и долголетия врачей.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика исследования

Диссертационная работа выполнена в соответствии с задачами научно-исследовательской работы «Разработка мероприятий по сохранению и укреплению здоровья врачей предпенсионного возраста» на базе кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Объект исследования – врачи предпенсионного возраста Республики Татарстан, мужчины 55-64 года и женщины 50-59 лет.

Предмет исследования – здоровье, трудоспособность и качество жизни врачей предпенсионного возраста.

Единица наблюдения – состоящий в региональном сегменте федерального регистра врач предпенсионного возраста Республики Татарстан за 2018-2022 годы.

Сроки исследования – с 2020 по 2025 годы.

Период исследования – с 2018 по 2022 годы.

Этапы, объем, материалы и методы исследования представлены на Рисунке 2.1.

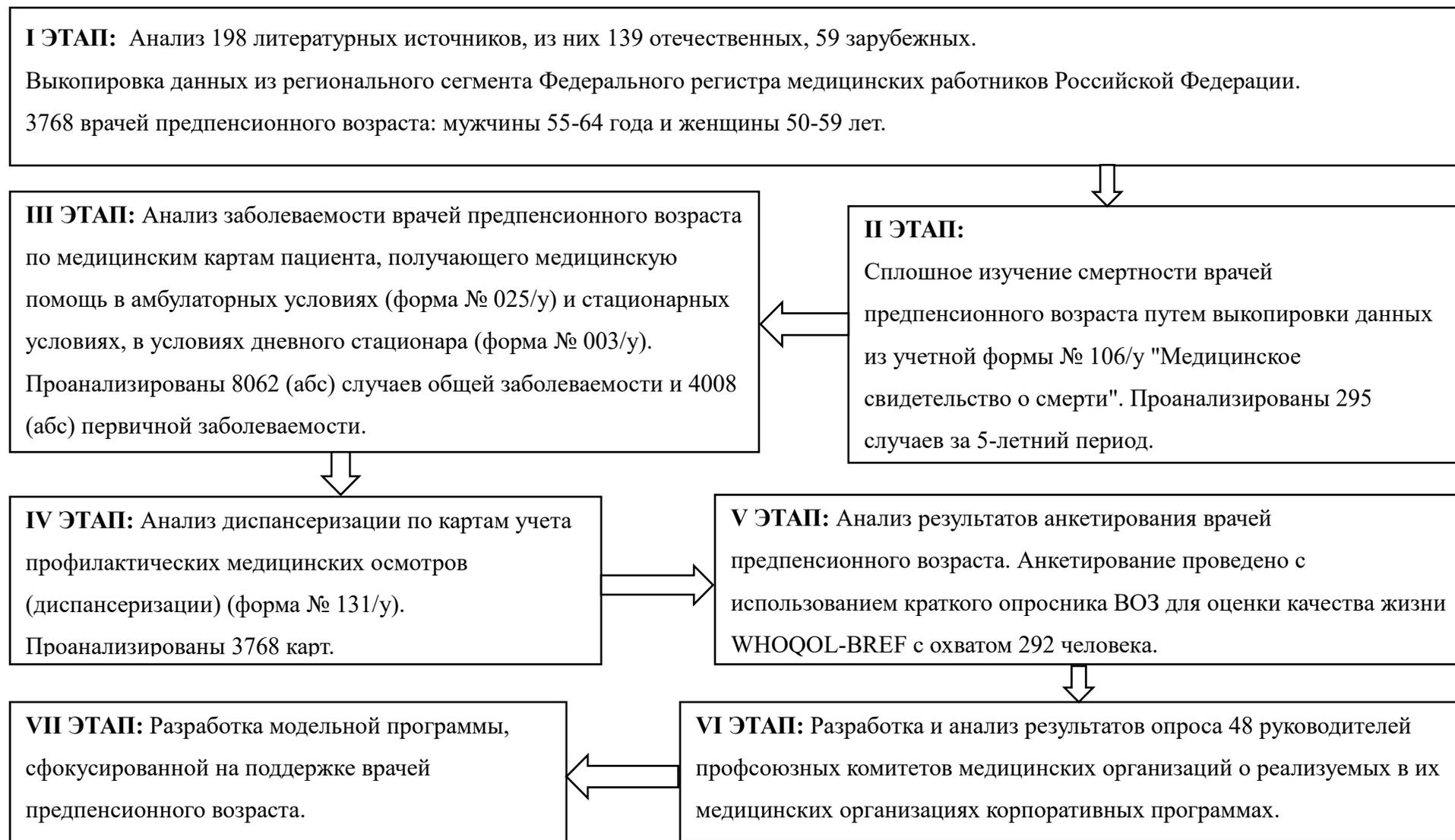


Рисунок 2.1 – Этапы, объем, материалы и методы исследования

В исследование сплошным методом вошли 3768 врачей предпенсионного возраста – мужчины 55-64 года и женщины 50-59 лет по данным регионального сегмента Федерального регистра медицинских работников Российской Федерации. Из них мужчин составило 1 093 и женщин 2 675, у которых были оценены заболеваемость, смертность и результаты диспансеризации. В ходе исследования было проведено анкетирование 292 врачей предпенсионного возраста кратким опросником ВОЗ для оценки качества жизни WHOQOL-BREF (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE), что является репрезентативной группой (Приложение 1). Проведено анкетирование руководителей медицинских организаций. Карта изучения вопросов оздоровления врачей предпенсионного возраста в планах и программах медицинских организаций представлены в приложении 2.

Обработка собранного материала проводилась с помощью статистической программы StatTech 4.8.0 © ООО “Статтех”, Россия, 2025.

2.2 Этапы осуществления научно-исследовательской работы

На первом этапе исследования с 2020 по 2021 годы:

- ✓ Разработана программа сбора, сводки и анализа материала, обоснована постановка цели, задач исследования, определен объема выборочной совокупности и методов исследования.
- ✓ Составлена программа и план диссертационного исследования, определена методика исследования, выбран статистический инструментарий.
- ✓ Проведен анализ 139 отечественных и 59 зарубежных литературных источников.
- ✓ Проведен сбор данных из регионального сегмента Федерального регистра медицинских работников Российской Федерации с выкопировкой следующей информацией о врачае:
 - пол;
 - возраст;
 - медицинская организация, в которой работает/работал врач;

- специальность;
- год увольнения;
- причина (выход на пенсию, увольнение по собственному желанию, смерть);
- стаж по специальности (количество лет);

В рамках **второго этапа** (с 2022-2023 годы) исследования изучалась смертность среди врачей указанной возрастной группы. Изучение смертности врачей проводилось путем выкопировки данных в специально разработанную карту из учетной формы № 106/у "Медицинское свидетельство о смерти". Проанализированы 295 случаев за период 2018-2022 гг. Для оценки уровня смертности в данной профессиональной когорте врачей была сформирована карта выкопировки «Изучение смертности врачей предпенсионного возраста». Первичные данные содержат следующие сведения:

- пол;
- возраст;
- медицинская организация, в которой работал врач;
- специальность;
- дата смерти;
- основной диагноз (нозологическая единица, код МКБ);
- сопутствующие диагнозы (коды МКБ).

На третьем этапе (с 2021-2022 годы) изучалась заболеваемость врачей предпенсионного возраста по медицинским картам пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) за 5 лет. В карту выкопировки вносились следующие данные:

- пол;
- возраст;
- медицинская организация, в которой работает/работал врач;
- специальность;
- год обращения;

- предварительные клинические диагнозы пациента.

На четвертом этапе (с 2021-2022 годы) изучалась диспансеризация по картам учета профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (форма № 131/у). В карту выкопировки вносились следующие данные:

- пол;
- возраст;
- медицинская организация, в которой работает/работал врач;
- специальность;
- год прохождения диспансеризации
- выявленные заболевания в ходе диспансеризации (диагнозы МКБ 10);

На сформированные базы данных получены свидетельства о государственной регистрации базы данных № 2023621007, № 2024625576 и № 2024625691.

В рамках пятого этапа исследования (2023–2024 годы) в медицинских учреждениях Республики Татарстан проведено анкетирование врачей предпенсионного возраста с использованием краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE. На данном этапе исследования используется термин «самолечение», под которым понимается тактика поведения врача при возникновении проблем со здоровьем, предполагающая самостоятельное назначение лечения без обращения за медицинской помощью в профильные учреждения. Данный опросник включает в себя 3 модуля. Первый модуль освещает вопросы качества жизни, второй здоровье врачей, в третьем модуле трудоспособность.

В карту выкопировки вносились следующие данные:

- пол;
- возраст;
- специальность;
- вопросы о здоровье врачей (Приложение 1)

- вопросы о трудоспособности врачей (Приложение 1)
- вопросы о качестве жизни врачей (Приложение 1)

Данный объем выборки по методике К.А. Отдельновой соответствует точности исследования $K=0,2$ (исследование средней точности) при коэффициенте достоверности $t=3$ и вероятности прогноза $P=0,99$ (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Определение необходимого объема выборки по методике К.А. Отдельновой (1980)

Вид исследования	Желаемая точность исследования (K)	Степень достоверности		
		t=2,0 p<0,05	t=2,5 p<0,01	t=3,0 p<0,001
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	38
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

На **шестом этапе** (с 2024-2025 годы) проведен опрос руководителей профсоюзных комитетов о реализуемых в их медицинских организациях корпоративных программах, направленных на улучшение качества жизни, здоровья и трудоспособности врачей в целом и врачей предпенсионных возрастов. В этих целях была разработана карта «Изучение вопросов оздоровления врачей предпенсионного возраста в планах и программах медицинских организаций» (Приложение 2), в которую вносились следующие данные:

- название медицинской организации;
- перечень мероприятий, ежегодно реализуемых медицинской организацией в рамках программ, направленных на укрепление здоровья, улучшение трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.

На седьмом этапе (с 2025-2026 годы) разработана модельная программа по сохранению и улучшению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях (Приложение 3).

2.3 Методы статистического анализа данных

Количественные переменные оценивались на предмет соответствия их распределения закону нормального распределения, для этого использовался критерий Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 60). Кроме того, рассчитывался F-критерий Фишера, позволяющий оценить гомоскедастичность дисперсий сравниваемых совокупностей, также являющуюся одним из условий применимости методов параметрического анализа.

В случае подтвержденного нормального распределения совокупностей способом оценки статистической значимости различий между ними служил t-критерий Стьюдента.

t-критерий Стьюдента рассчитывался по следующей формуле (2.1):

$$t = \frac{M_1 - M_2}{m_1^2 + m_2^2}, \quad (2.1)$$

где M_1 и M_2 – сравниваемые средние величины, m_1 и m_2 – средние ошибки средних величин, соответственно.

Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями, указанными в соответствующих справочных таблицах. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

В основе статистической обработки данных лежало сравнение групп пациентов по частоте исходов в зависимости от наличия определенных факторов. Для расчета статистических критериев результаты исследования сводились в таблицы сопряженности (Таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Пример таблицы сопряженности

	Исход есть (1)	Исхода нет (0)	Всего
Фактор риска есть (1)	A	B	A+B
Фактора риска нет (0)	C	D	C+D
Всего	A+C	B+D	A+B+C+D

Сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, проводилось при помощи **критерия χ^2 Пирсона**, позволяющего оценить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы. Условием применения критерия χ^2 Пирсона являлись значения ожидаемых частот не менее 5.

Вначале рассчитывалось ожидаемое количество наблюдений в каждой из ячеек таблицы сопряженности при условии справедливости нулевой гипотезы об отсутствии взаимосвязи. Для этого перемножались суммы рядов и столбцов (маргинальных итогов) с последующим делением полученного произведения на общее число наблюдений.

Затем рассчитывалось значение критерия χ^2 по формуле (2.2):

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, \quad (2.2)$$

где i – номер строки (от 1 до r), j – номер столбца (от 1 до c) O_{ij} – фактическое количество наблюдений в ячейке ij , E_{ij} – ожидаемое число наблюдений в ячейке ij .

Затем значение критерия χ^2 сравнивалось с критическими значениями для $(r - 1) \times (c - 1)$ числа степеней свободы по таблице. В том случае, если полученное значение критерия χ^2 превышало критическое, делался вывод о наличии статистической взаимосвязи между изучаемым фактором риска и исходом при соответствующем уровне значимости.

В тех случаях, когда значения ожидаемых частот хотя бы в одной из ячеек четырехпольной таблицы были менее 5, рассчитывался критерий χ^2 с поправкой Йейтса, позволяющей уменьшить вероятность ошибки первого типа, т.е. обнаружения различий там, где их нет [32, 189]. Поправка Йейтса заключается в

вычитании 0,5 из абсолютного значения разности между фактическим и ожидаемым количеством наблюдений в каждой ячейке, что ведет к уменьшению величины критерия χ^2 (2.3)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij} - 0,5)^2}{E_{ij}}, \quad (2.3)$$

где i – номер строки (от 1 до r), j – номер столбца (от 1 до c) O_{ij} – фактическое количество наблюдений в ячейке ij , E_{ij} – ожидаемое число наблюдений в ячейке ij .

ГЛАВА 3

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

3.1 Смертность врачей предпенсионного возраста

Анализ половозрастного состава врачей предпенсионного возраста, включенных в региональный сегмент Федерального регистра свидетельствует, что при общей численности врачей в Республике Татарстан на начало 2018 года 12 073 человека, включенных в регистр, врачей предпенсионного возраста составило 3 768 человек или 31,2%. В структуре врачей предпенсионного возраста 71% женщин, что соответствует (68%) в целом гендерному распределению врачей в республике (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Половозрастная структура врачей РТ предпенсионного возраста за 2018 год

Возраст	Мужчины	%	Женщины	%
50	-		302	11,3%
51	-		297	11,1%
52	-		294	10,2%
53	-		292	10,9%
54	-		286	10,7%
55	132	12,1%	264	9,9%
56	130	11,9%	252	9,4%
57	129	11,8%	258	9,6%
58	122	11,2%	216	8,1%
59	102	9,3%	211	7,9%
60	101	9,2%		
61	99	9,1%		
62	97	8,9%		
63	85	7,8%		
64	96	8,8%		
Итого	1093	100%	2675	100%

Возрастной состав изучаемой группы показывает, что наибольшее количество врачей-женщин находятся в возрасте 50 лет (302 человек или 11.3%) и с возрастом наблюдается снижение их количества до 211 (7,9%) к 59 годам.

Наибольшее количество врачей-мужчин предпенсионного возраста оказалось в возрасте 55 лет (132 человек или 12.1%), численность которых с возрастом также снижается и достигает минимума в возрасте 63 года (85 человек или 7.8%).

Такая динамика видимо связана с выходом на пенсию за выслугу лет, установлением группы инвалидности, переходом на другую работу не в системе государственного здравоохранения, а также смертью врачей предпенсионного возраста.

С 2018 по 2022 годы общая численность врачей в Республике Татарстан, включенных в регистр, выросла на 7,5% и достигла 13 052 человека, а изучаемая группа предпенсионеров, взятых для исследования по состоянию их численности на 01.01.2018 года, сократилась с 3 768 до 2 578 человек, или на 31,6%. (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Динамика численности врачей-мужчин (55-64) и женщин (50-59) предпенсионного возраста за 2018 - 2022 годы (абс.) и их доля (в %)

Годы	Мужчины		Женщины		Итого
	Абс.	%	Абс.	%	
2018	1093	29%	2675	71%	3768
2019	1088	31%	2431	69%	3519
2020	998	32%	2120	68%	3118
2021	892	29%	1941	68%	2833
2022	854	23%	1724	67%	2578

Количество врачей-мужчин сократилось на 239 человек или на 21,9%, а врачей-женщин на 951 человек или на 35,6%. Сокращение численности врачей предпенсионного возраста на 295 человек было вызвано их смертью, что составляет 7,8% по отношению ко всей изучаемой группе и 24,8% по отношению к выбывшим за 5 лет из регистра врачей. Исключение из регистра 895 врачей из изучаемой группы было вызвано их выходом на пенсию по выслуге лет,

установлением группы инвалидности, переходом на другую работу не в системе государственного здравоохранения и иными факторами.

Среди 295 умерших врачей предпенсионного возраста за 5-летний период наблюдения мужчин было 159 человек или 53,9%, а женщин – 136 человек или 46,1%.

Анализ интенсивных показателей смертности свидетельствует, что во все годы исследования смертность врачей-мужчин предпенсионного возраста была на 1,3-4,2 раза выше, чем среди женщин, что соответствует разнице показателей смертности среди мужского и женского населения республики (Рисунок 3.1).

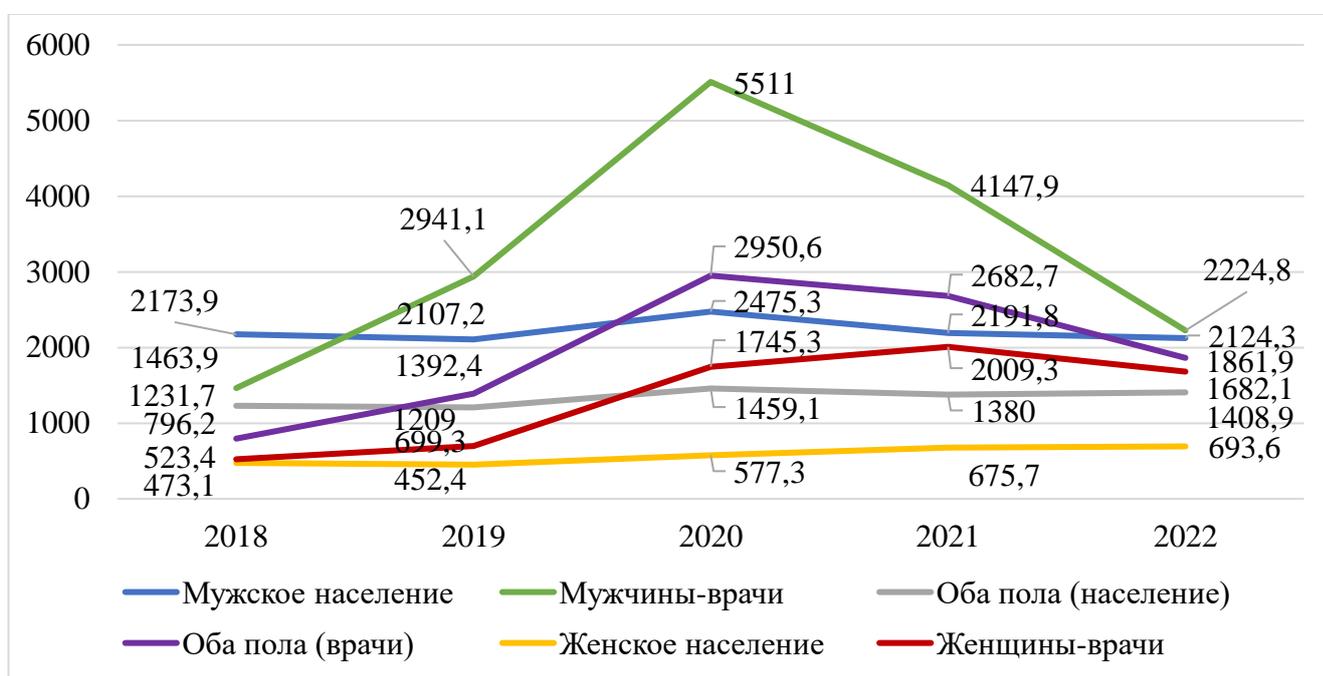


Рисунок 3.1 – Показатели смертности среди врачей в возрастных группах мужчин 55-64 года и женщин 50-59 лет в Республике Татарстан и среди населения в этих же возрастных группах за 2018-2022 годы (на 100 тысяч врачей соответствующей возрастной группы и населения)

Наивысшие уровни смертности среди врачей изучаемой группы были зарегистрированы в 2020 и 2021 годах, что соответствует характеристике смертности среди этой возрастной группы населения республики и связана с пандемией коронавирусной инфекции (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Динамика коэффициента смертности врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста)

Годы	Мужчины		Женщины		Оба пола	
2018	16	1463,9	14	523,4	30	796,2
2019	32	2941,1	17	699,3	49	1392,4
2020	55	5511,0	37	1745,3	92	2950,6
2021	37	4147,9	39	2009,3	76	2682,7
2022	19	2224,8	29	1682,1	48	1861,9
Итого	159		136		295	

Показатель смертности врачей-мужчин в 2018 году в изучаемой группе был меньше, чем у мужчин данной возрастной группы республики на 32,7%, а среди врачей-женщин превышал показатели женского населения на 10,6%. Однако с развитием пандемии коронавирусной инфекции в 2020-2021 годах разница стала интенсивно возрастать в сторону превышения смертности врачей-мужчин (1,4-2,3 раза) и женщин (1,5-3 раза).

Смертность среди врачей-мужчин предпенсионного возраста во все годы исследования и во всех возрастных группах была выше, чем у врачей-женщин. Наивысшие показатели смертности среди врачей-мужчин были зарегистрированы в возрастной группе 60-64 года в 2020-2021 годах и в возрастной группе 55-59 лет в 2020 году, а у врачей-женщин в 55-59 лет в 2020-2022 годах, что соответствует общим закономерностям смертности среди населения в этих возрастных группах. Тем самым с возрастом отмечается рост смертности среди врачей-предпенсионеров. В то же время необходимо отметить экстремально высокий уровень роста смертности среди врачей-женщин предпенсионного возраста в группе 50-54 года с 2018 по 2021 год, когда рост составил более чем 11 раз.

Для врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста наиболее значимым, исходя из высоких уровней смертности, является возрастная группа 55-59 лет. На протяжении всего периода исследования болезни системы кровообращения неизменно оставались основной причиной смерти как среди врачей-мужчин, так и среди врачей-женщин предпенсионного возраста (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Общие коэффициенты смертности в зависимости от основных причин смерти (нозологических форм заболеваний) среди врачей предпенсионного возраста (на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Инфаркт миокарда	182,9	91,9	801,6	672,6	117,1	112,1	41,1	188,7	309,1	174,0	185,8	113,7	384,9	423,6	155,2
Застойная сердечная недостаточность	274,5	1102,9	901,8	336,3	234,2	37,4	41,1	566,0	360,6	174,0	106,2	369,4	673,5	352,9	193,9
Тромбоз легочных артерий	274,5	275,7	501,0	224,2	117,1	37,4	41,1	94,3	154,6	116,0	106,2	113,7	224,5	176,5	116,4
Цереброваскулярный инсульт	91,5	183,2	400,8	112,1	234,20	37,4	-	94,3	-	174,0	53,1	56,8	192,4	35,3	193,9
Инсулиннезависимый сахарный диабет с другими уточненными осложнениями	-	91,9	100,2	1121,1	351,3	-	41,1	94,3	515,2	522,0	-	56,8	96,2	705,9	465,5
Инсулинзависимый сахарный диабет с множественными осложнениями	-	-	-	-	-	-	164,5	-	-	-	-	113,7	-	-	-
Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19	-	-	1603,2	1233,2	-	-	-	613,2	257,6	174,0	-	-	930,1	564,8	116,4
ЗНО молочных желез	-	-	-	-	-	74,7	-	-	103,0	-	53,1	-	-	70,6	-
ЗНО органов пищеварения	365,9	367,6	400,8	224,2	234,2	74,7	164,5	-	103,0	116,0	159,2	227,3	128,3	141,2	155,2
ЗНО мочеполовой системы	91,5	91,9	-	-	-	-	82,3	47,1	-	-	26,5	85,2	32,1	-	-
ЗНО органов дыхания	91,5	183,2	100,2	-	468,4	37,4	41,1	-	51,5	-	53,1	85,2	32,1	35,3	155,2
Итого	1372,4	2389,7	4809,6	3923,8	1756,4	411,2	617,0	1698,1	1854,7	1450,1	743,1	1221,9	2694,0	2506,2	1551,6

Примечание – ЗНО – злокачественные новообразования

При этом пик смертности от этих заболеваний пришелся на 2020 год, что соответствует общей картине смертности в данных возрастных группах всего населения. Во все годы исследования смертность от болезней органов кровообращения среди врачей-мужчин превышает таковое у женщин с разницей от 1,7 до 10,4 раза. Наиболее часто регистрируется смерть врачей-мужчин и женщин от инфаркта миокарда, застойной сердечной недостаточности, тромбоза легочных артерии и инсульта. Второе место среди причин смерти врачей мужчин в 2020 и 2021 годах и среди врачей-женщин в 2020 году заняла коронавирусная инфекция. В эти годы уровни смертности врачей-мужчин от коронавирусной инфекции оказались 2,6-4,8 раза выше, чем у врачей-женщин ($p < 0,001$). В 2021 году среди врачей-мужчин третье место, а у врачей-женщин в 2021-2022 годах второе место заняли болезни эндокринной системы, отодвинув новообразования на третье место, что существенно отличает структуру причин смерти среди врачей-женщин. Среди эндокринных заболеваний наибольшее количество смертей отмечается от инсулиннезависимого сахарного диабета, а в классе новообразований от злокачественных новообразований органов пищеварения и дыхания.

В структуре умерших наибольшая доля (17%) приходится на врачей хирургов и заведующих структурными подразделениями медицинских организаций. Среди умерших врачей-мужчин 29% составили врачи хирурги, 13% заведующие структурными подразделениями медицинских организаций и 8,2% врачи анестезиологи-реаниматологи, а среди врачей-женщин наибольшее число случаев смерти наблюдалось у заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (21,3%), акушеров-гинекологов (9,6%), педиатров (8%) и анестезиологов-реаниматологов (8%) (Таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Общие коэффициенты смертности врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018 - 2022 год в зависимости от занимаемой должности (абс. и на 100 тысяч врачей соответствующей врачебной специальности)

Должность	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Абс.	На 100 тыс.	Абс.	На 100 тыс.	Абс.	На 100 тыс.
Врач-педиатр	5	457,5	11	411,2	16	435,02
Врач-психиатр	4	366,0	4	149,5	8	217,51
Врач-инфекционист	7	640,4	7	261,7	14	380,64
Врач-невролог	9	823,4	4	149,5	13	353,45
Врач-травматолог-ортопед	2	183,0	-	0,0	2	54,38
Врач-эндокринолог	1	91,5	5	186,9	6	163,13
Врач-онколог	9	823,4	5	186,9	14	380,64
Врач-офтальмолог	1	91,5	2	74,8	3	81,57
Врач клинической лабораторной диагностики	-	0,0	7	261,7	7	190,32
Врач-акушер-гинеколог	1	91,5	13	486,0	14	380,64
Врач-стоматолог	7	640,4	8	299,1	15	407,83
Заведующий структурным подразделением	21	1921,3	29	1084,1	50	1359,43
Врач-хирург	46	4208,6	5	186,9	51	1386,62
Врач-кардиолог	2	183,0	8	299,1	10	271,89
Врач-дерматовенеролог	1	91,5	2	74,8	3	81,57
Врач общей практики	7	640,4	2	74,8	9	244,70
Врач-терапевт	5	457,5	6	224,3	11	299,08
Врач скорой медицинской помощи	10	914,9	-	0,0	10	271,89
Врач-анестезиолог-реаниматолог	13	1189,4	11	411,2	24	652,53
Врач-рентгенолог	5	457,5	7	261,7	12	326,26
Врач - судебно-медицинский эксперт	3	274,5	-		3	81,57
Итого	159	14547,1	136	5084,1	295	8020,66

Анализ смертности врачей-предпенсионеров по основному месту работы свидетельствует, что наибольшее количество врачей, которые умерли за последние пять лет, работали в республиканских и городских больницах (63%), а также в центральных районных больницах (16%). Стаж по последнему месту работы в медицинской организации среднем составлял среди умерших врачей-мужчин 15-24 года, а среди врачей-женщин 16-26 лет (Рисунок 3.2).

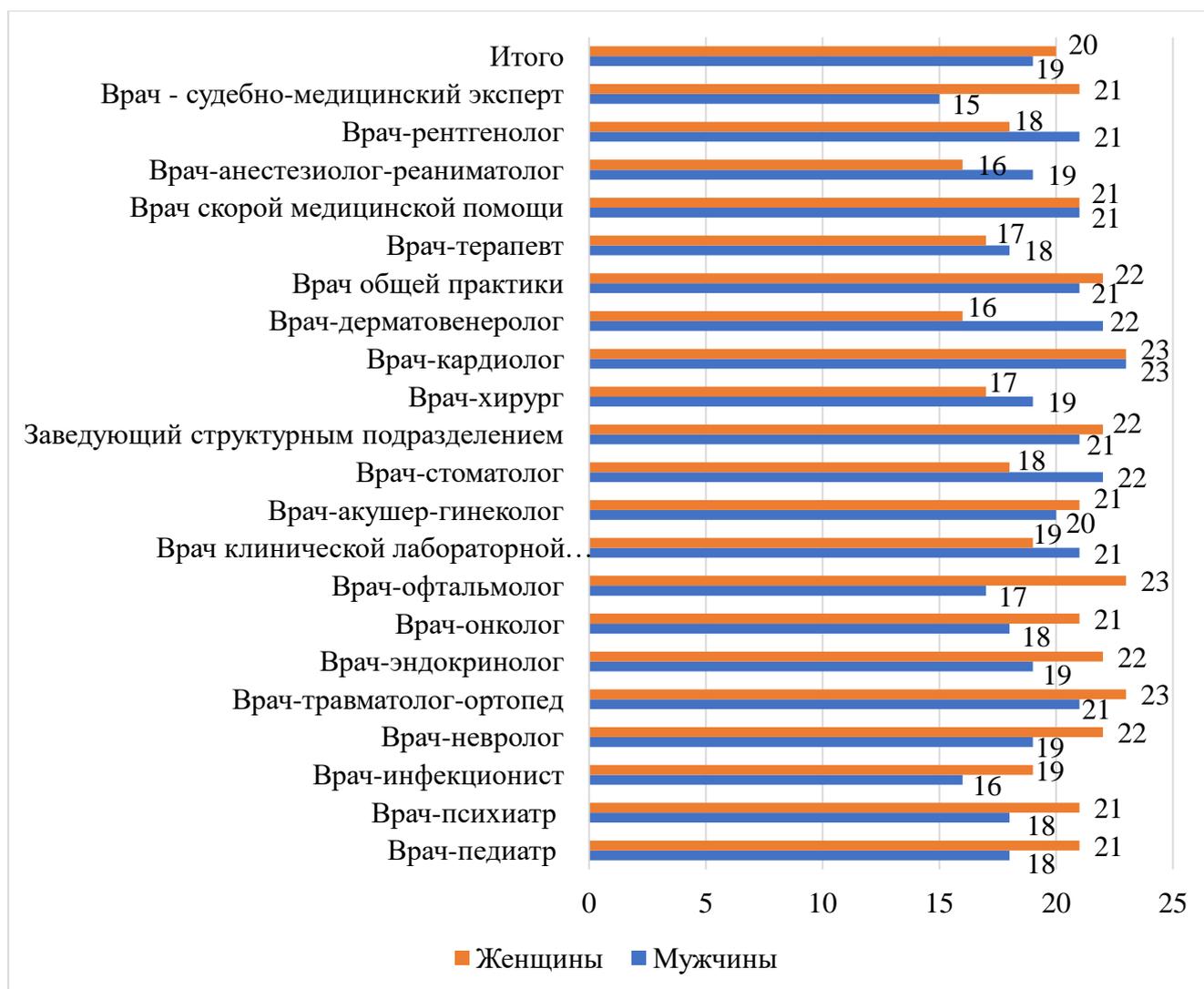


Рисунок 3.2 – Средний стаж врачей предпенсионного возраста по специальностям на момент смерти в Республике Татарстан

Таким образом, за пятилетний период численность врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан сократилась с 3 768 до 2 578 или на 31,6% и при этом сокращение на 295 человек или на 7,8% произошло в результате их смерти. Регистрируется рост смертности с возрастом. Смертность среди врачей-мужчин в 2-3 раза превышает показатели врачей-женщин, достигнув наибольших значений в период пандемии COVID-19. Основными причинами смертности остаются болезни системы кровообращения, новообразования, эндокринные болезни и коронавирусная инфекция, которая резко повысила уровень смертности в 2020-2021 годах. Врачи-мужчины хирурги и заведующие структурными подразделениями в медицинских организациях имеют наиболее высокие показатели смертности.

3.2 Заболеваемость врачей предпенсионного возраста

Изучение первичных медицинских документов за исследуемые годы свидетельствовало о динамике роста общей и первичной заболеваемости среди врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан. Общая заболеваемость с 2018 по 2022 год выросла среди врачей-мужчин предпенсионного возраста в 2,0 и среди врачей-женщин в 2,8 раза. В 2022 году уровень общей заболеваемости среди мужчин в данной группе был в два раза выше, чем среди женщин (Рисунок 3.3).



Рисунок 3.3 – Динамика коэффициента распространенности болезней врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (на 1 000 врачей соответствующего возраста)

Полученные данные свидетельствуют об интенсивном накоплении заболеваний в предпенсионных возрастах. Общая заболеваемость была выше у мужчин в возрасте 60-64 года, а у врачей-женщин в возрасте 55-59 лет. Самый высокий показатель общей заболеваемости составил 783,1 случая в 2022 году у врачей-мужчин 60-64 года (Таблица 3.6). В то же время показатели общей заболеваемости среди изучаемой группы врачей остаются существенно ниже (20-40%), чем среди всего трудоспособного населения республики с 18 до 60 лет.

Таблица 3.6 – Коэффициент распространенности болезней врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы в возрастных группах (в случаях на 1000 врачей соответствующей возрастной группы)

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
50-54 года	-	-	-	-	-	81,0	91,2	129,4	127,3	219,5	118,4	144,2	152,0	231,3	232,2
55-59 лет	254,9	221,5	332,3	400,3	391,4	118,2	196,3	211,2	296,7	340,8	196,4	273,8	366,2	411,1	531,6
60-64	342,5	488,1	572,6	717,4	783,1	-	-	-	-	-					
Итого	597,4	709,6	904,9	1117,7	1174,5	199,2	287,5	340,6	424,0	560,3	314,8	418,0	518,3	642,4	763,8

Анализ общей заболеваемости работающих врачей предпенсионного возраста за 2018-2022 годы по месту работы свидетельствует, что общая заболеваемость у врачей, работающих в центральных районных больницах имеет наиболее высокие уровни и превышает уровни общей заболеваемости у изучаемой группы работающих на скорой помощи в 3,7 раза, республиканских и городских больницах в 3,6 раза, самостоятельных поликлиниках 2,2 раза и в диспансерах 1,5 раза (Рисунок 3.4). Тем самым можно предположить, что врачи центральных районных больниц намного чаще официально обращаются к коллегам при необходимости получения медицинской помощи.

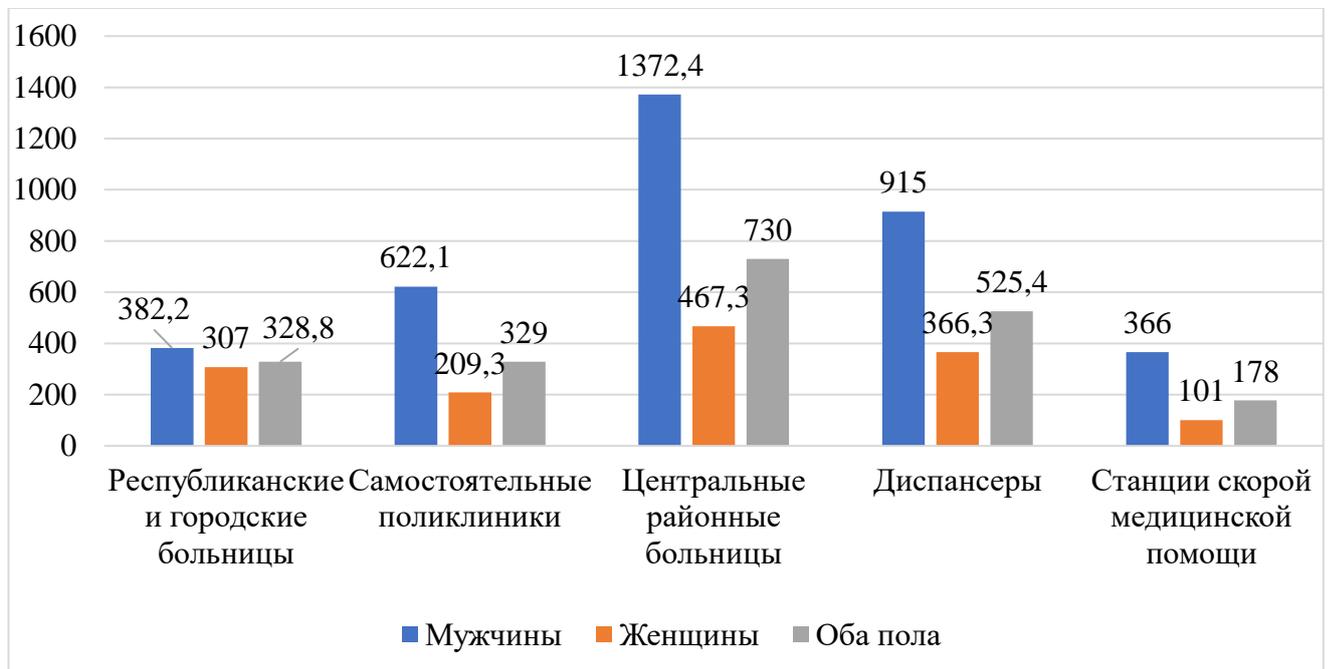


Рисунок 3.4 – Коэффициент распространенности болезней врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы за 2018-2022 годы (на 1 000 врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан

Первичная заболеваемость за исследуемый период вырос у врачей-мужчин предпенсионного возраста 3,5 раза и у врачей-женщин в 4,2 раза (Рисунок 3.5).

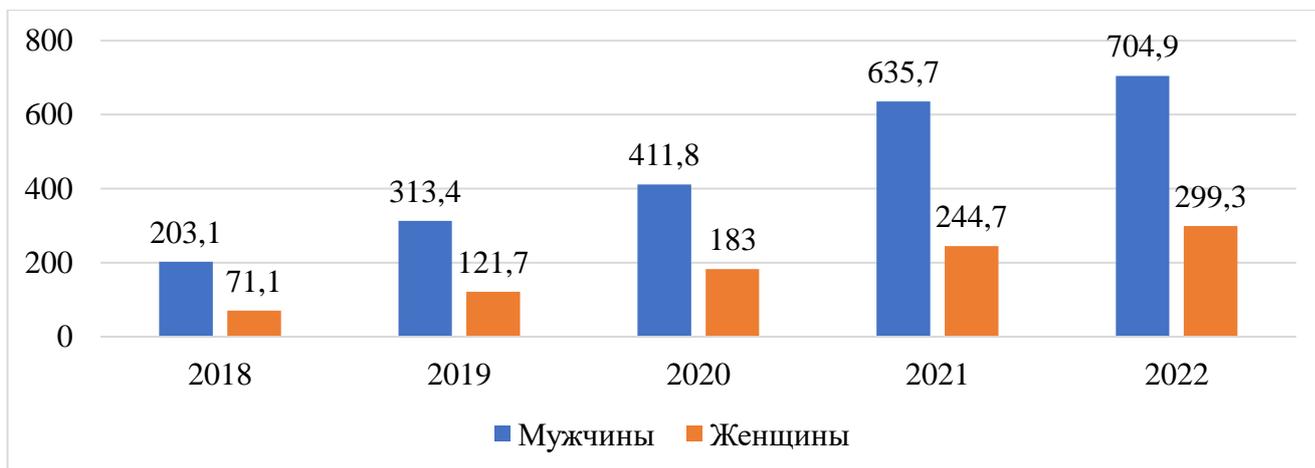


Рисунок 3.5 – Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (в случаях на 1 000 врачей-мужчин и женщин соответствующего возраста)

По результатам 2022 года разница в уровнях первичной заболеваемости врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста составила 2,3 раза, с наиболее высокими показателями у врачей-мужчин. Как и в случае с общей заболеваемостью, первичная заболеваемость с возрастом имела тенденцию к росту и превысила у врачей-мужчин в возрастной группе 60-64 года в 1,6 раза уровень заболеваемости в возрастной группе 55-59 лет (Рисунок 3.6).

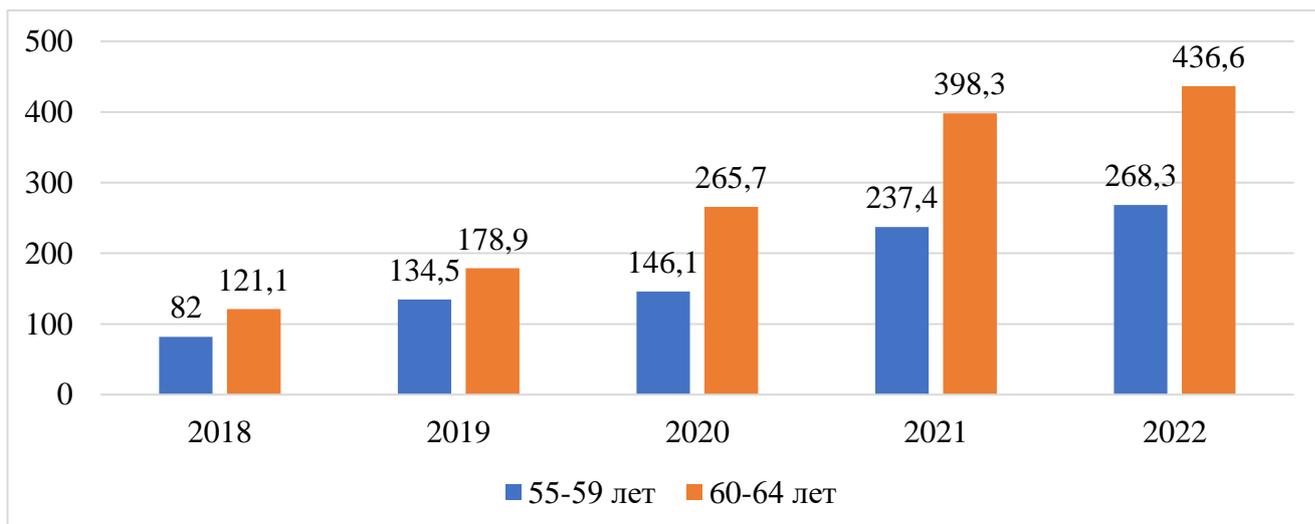


Рисунок 3.6 – Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-мужчин предпенсионного возраста (в случаях на 1 000 врачей-мужчин соответствующего возраста) в Республике Татарстан

У врачей-женщин разница уровень первичной заболеваемости в возрастных группах 50-54 года и 55-59 лет составила 1,2 раза (Рисунок 3.7).

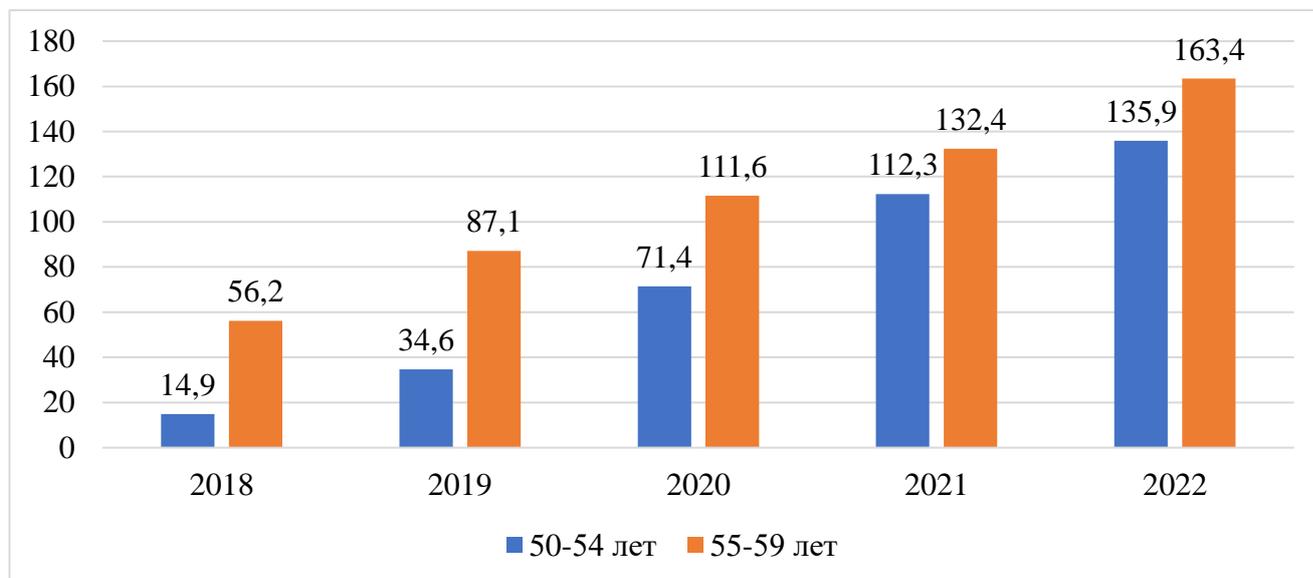


Рисунок 3.7 – Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-женщин предпенсионного возраста (в случаях на 1 000 врачей-женщин соответствующего возраста) в Республике Татарстан

Наиболее высокие уровни первичной заболеваемости отмечаются у врачей-мужчин, работающих в центральных районных больницах, а у врачей-женщин, работающих в диспансерах (Рисунок 3.8).

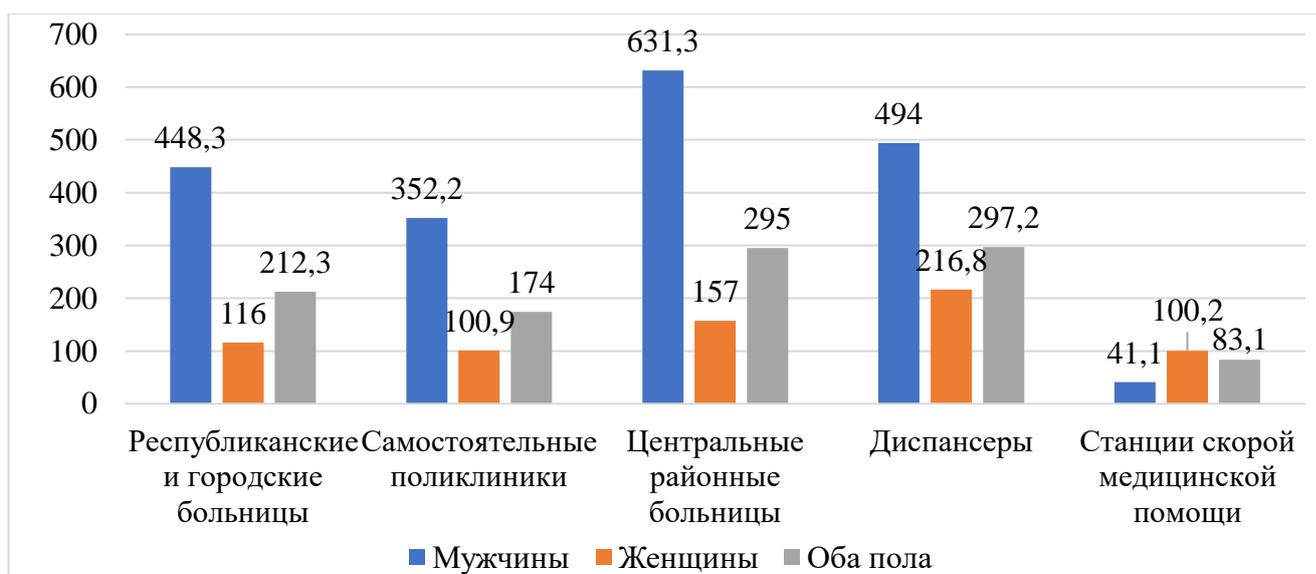


Рисунок 3.8 – Коэффициент первичной заболеваемости врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы за 2018-2022 годы (на 1 000 врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан

В структуре общей заболеваемости среди врачей-мужчин наибольшая доля приходится на врачей заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (26%), инфекционистов (20%), терапевтов (14%), эндокринологов и онкологов (9%), а среди врачей-женщин - на врачей заведующих структурными подразделениями медицинских организаций и инфекционистов (21%), терапевтов (15%), эндокринологов (11%), неврологов (9%) и анестезиологов-реаниматологов (7%).

Лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости врачей предпенсионного возраста занимают болезни органов кровообращения, представленный инсультами, инфарктами миокарда и гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца. На втором месте – болезни эндокринной системы, где первенство принадлежит инсулиннезависимому сахарному диабету с множественными осложнениями, а на третьем – новообразования, с поражением легких у мужчин и молочных желез у женщин (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Структура общей заболеваемости по классам болезней среди врачей предпенсионного возраста (в случаях абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
БСК	24886	26930,1	36573,1	45739,9	48361	7177,6	8309,3	14811	20659,5	27030,2	12314,2	14066,5	21776,8	28556,3	34096,2
Новообразован ия	16560	2404,4	28356,7	35937,5	35245,9	1906,5	2591,5	3396,2	4482,2	4292,3	6157,1	8127,3	11385,5	13625,1	14546,2
Болезни органов дыхания	9332	10845,6	13126,3	16479,8	17564,4	4785	5388,7	4245,3	1700,1	5510,4	6104	7075,9	7087,9	6353	9503,5
Инфекции, в том числе паразитарные, Covid-19	0	0	1403	3923,8	4683,8	0	946	1321	2009,3	2436,2	0	653,6	1347,0	2612,0	3180,8
Болезни органов пищеварения	915	3768,4	0	0	0	112,1	987	94,3	0	638,1	345,0	1847,1	64,1	0	426,7
Болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ.	8051,2	9007,3	10120,2	12107,6	11592,5	3700,9	6828	10188,7	13548	16125,2	4962,8	7502,1	10166,8	13095,7	14623,7
Болезни костно- мышечной системы	0	0	0	0	0	1383	1944,5	0	0	0	982	1364	0	0	0

Продолжение таблицы 3.7

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
Наименование классов заболеваний	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Болезни мочеполовой системы	0	0	0	0	0	859,8	1728	0	0	0	610,4	1193,5	0	0	0
Итого	59744	70956	89579	111770	117447	19925	28753,6	34057	42401	56032	31475,6	41801,6	51528	64243	76377

В структуре первичной заболеваемости среди врачей-мужчин наибольшая доля приходится на врачей заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (12%), терапевтов (9%), эндокринологов (8%), инфекционистов и онкологов (7%), хирургов (6%). Среди врачей-женщин наибольшая доля приходится на врачей заведующих структурными подразделениями медицинских организаций (21%), терапевтов (17%), эндокринологов (16%), инфекционистов (15%), неврологов (13%) и анестезиологов-реаниматологов (7%).

В структуре первичной заболеваемости среди врачей предпенсионного возраста, как и общей заболеваемости, лидирующее место занимают болезни системы кровообращения, максимальные показатели которых отмечены в 2022 году (Таблица № 3.7). При этом количество заболевших врачей-мужчин превысило в 2 раза количества заболевших впервые врачей-женщин. Наиболее часто встречающиеся диагнозы - болезни органов кровообращения (инфаркт миокарда, инсульт, гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца). Второе место среди первичной заболеваемости 2021 году у мужчин и женщин заняла коронавирусная инфекция (Таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Структура первичной заболеваемости по классам болезней среди врачей предпенсионного возраста (в случаях абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
БСК	6678,9	9007	16232,5	21188,3	24941,5	2542	3578,8	5330	8604	12355	3742	5257,2	8820	12566,2	16524,4
Новообразования	5306,5	7720,6	5811,6	7399,1	9133,5	1907	3126	1509	1752	2494,2	2892,8	4546,7	2886	3529,8	4693,6
Болезни органов дыхания	2653,2	4779,4	3607,2	4372,2	4566,7	897,2	1727,7	2735,8	3143	3190,3	1407	2671,2	3014,8	3529,8	3646,2
Инфекции, в том числе паразитарные, Covid-19	732	1562,5	6814	11098,7	12178	1046,7	1480,9	3915	5049	6148	955	1506	4650,4	6953,8	8145,8
Болезни органов пищеварения	1463,9	1746,3	501	1345,3	585	299	494	377	155	290	637	881	417	529,5	388
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.	0	0	8316,6	13789,2	13817,3	0	535	4292	5718,7	5104	0	369	5580,5	8259,8	7990,7

Продолжение таблицы 3.8

Пол	Мужской					Женский					Оба пола				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Болезни костно-мышечной системы	2012,8	3584,6	501	2354	4215,5	411	1111	142	52	174	876	1876	256,6	776,6	1512,8
Болезни мочеполовой системы	1463,9	2941,2	0	2017,9	1053,9	0	123	0	0	174	425	995	0	635,4	465,5
Итого	20311	31342	41182	63565	70492	7103	12176	18302	24472	29930	10934,4	18102	25625,4	36780,8	43367

Таким образом, анализ общей и первичной заболеваемости среди врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан за изучаемый пятилетний период выявила их рост с возрастом и более высокие уровни отмечаются, превышающие два и более раза, у мужчин, чем у женщин. Профессиональный риск особенно высок у инфекционистов, а значительный гендерный разрыв наблюдается у хирургов. В структуре заболеваний доминируют болезни системы кровообращения, эндокринные болезни и новообразования, при этом пандемия коронавируса значительно повысила первичную заболеваемость в 2021 году. Эти данные подчеркивают важность мониторинга здоровья врачей и разработки мероприятий для снижения профессиональных рисков.

3.3 Диспансеризация врачей предпенсионного возраста

Учитывая, что врачи предпенсионного возраста являются наиболее профессионально подготовленными специалистами, с большим опытом работы, осознающими значимость профилактических осмотров для раннего выявления заболеваний, ожидалось максимальные показатели охвата ежегодной диспансеризацией. Однако, их медицинская активность оказалась крайне низкой. Так, у мужчин-врачей, охват ежегодной диспансеризацией в годы исследования не превышал 6-12%, а у врачей-женщин 6-16% (Таблица 3.9). Эти данные оказались в три раза ниже показателей охвата ежегодной диспансеризацией среди всех мужчин и женщин предпенсионного возраста Республики Татарстан, составивших соответственно 31% и 29%.

Таблица 3.9 – Показатели охвата диспансеризацией врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч врачей предпенсионного возраста)

Годы	Пол		Оба пола
	Мужской	Женский	
2018	6038,4	9757,0	8678,3
2019	11764,7	16042,8	14720,1
2020	6813,6	6037,7	6286,1
2021	8632,3	7831,0	8083,3

Продолжение таблицы 3.9

Годы	Пол		Оба пола
	Мужской	Женский	
2022	9719,0	7946,6	8533,7

Самый высокий охват диспансеризацией врачей предпенсионного возраста за исследуемые годы наблюдается в 2019 году, врачей-мужчин в возрасте 60-64 года и врачей-женщин в возрасте 55-59 лет (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Показатели диспансеризации врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан по возрастным группам за 2018-2022 годы (на 100 тысяч)

Прохождение диспансеризации врачей предпенсионного возраста	Годы	Возраст		
		50-54	55-59	60-64
Прохождение диспансеризации врачей-мужчин на 100 тысяч соответствующего возраста	2018	-	4117,1	1921,3
	2019	-	4871,3	6893,4
	2020	-	3006,0	3807,6
	2021	-	4035,9	4596,4
	2022	-	4098,4	5620,6
Прохождение диспансеризации врачей-женщин на 100 тысяч соответствующего возраста	2018	5644,9	4112,1	-
	2019	7815,7	8227,1	-
	2020	3915,1	2122,6	-
	2021	3451,8	4379,2	-
	2022	3074,2	4872,4	-
Прохождение диспансеризации врачей предпенсионного возраста (оба пола)	2018	4007,4	4113,6	557,3
	2019	5399,3	7189,5	2131,3
	2020	2662,0	2405,4	1218,7
	2021	2365,0	4271,1	1447,2
	2022	2055,9	4616,0	1861,9

Место работы и стаж оказались значимыми факторами, существенно влияющими на прохождение диспансеризации врачами предпенсионного возраста. Материалы исследования свидетельствуют, что 34,6% врачей-мужчин предпенсионного возраста, прошедших диспансеризацию, работали в центральных районных больницах (Рисунок 3.9).

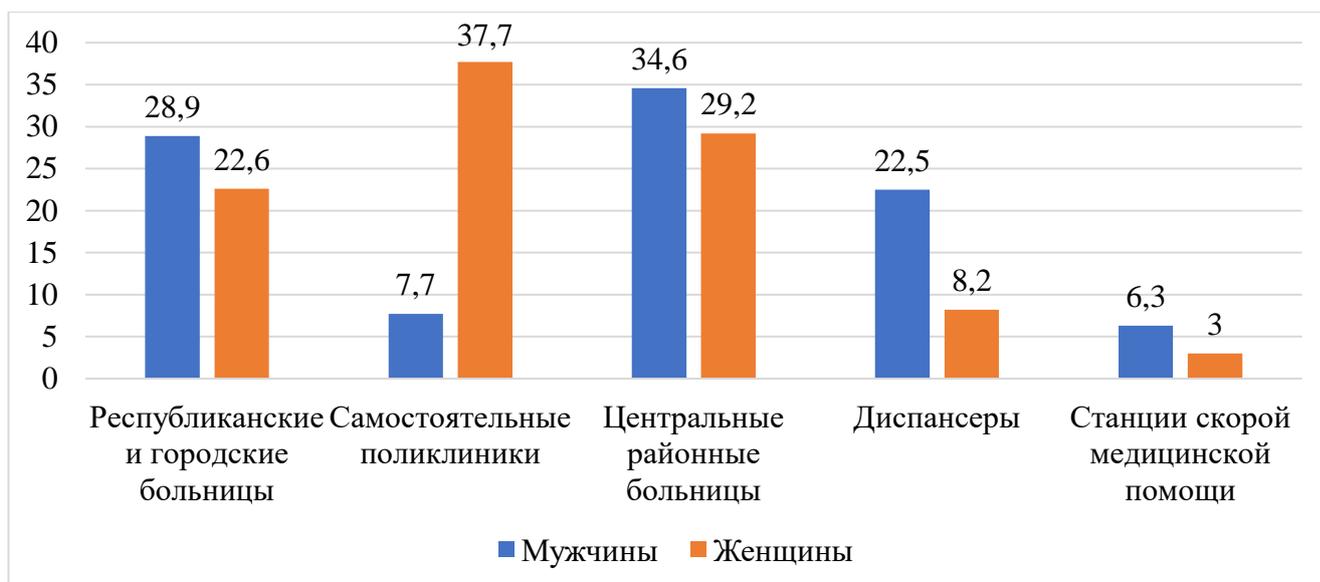


Рисунок 3.9 – Доля прошедших диспансеризацию врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы по основной должности за 2018-2022 годы в Республике Татарстан

Стаж работы по основной должности в среднем составил 21 год (15 – 25 лет). Среди врачей-женщин предпенсионного возраста, прошедших диспансеризацию около 37,7% работали в самостоятельных поликлиниках и их средний стаж работы составлял 26 лет (21 – 33 года) (Таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Показатель среднего стажа работы врачей предпенсионного возраста прошедших диспансеризацию в зависимости от места работы за 2018-2022 годы в Республике Татарстан

Наименование медицинских организаций	Пол			
	Мужской		Женский	
	Me	(Q1-Q3)	Me	(Q1-Q3)
Республиканские и городские больницы	17	(15 – 18)	20	17 – 22
Самостоятельные поликлиники	23	18 – 29	26	21 – 33
Центральные районные больницы	21	15 – 25	24	19 – 30
Диспансеры	16	10 – 21	19	11 – 26
Станции скорой медицинской помощи	24	19-30	29	20-37

Данные за 2018-2022 гг. показывают гендерные различия в охвате диспансеризацией врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан. Среди врачей-мужчин больше всего проходят диспансеризацию заведующие структурными подразделениями, а среди женщин – врачи-терапевты. Наименее охваченными оказались мужчины-педиатры и женщины-неврологи. Особенно резкий разрыв (в 8,3 раза) наблюдается у врачей-неврологов мужского пола по сравнению с неврологами врачами-женщинами (Таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Показатели диспансеризации врачей предпенсионного возраста в разрезе врачебных должностей за 2018-2022 годы в Республике Татарстан (на 100 тысяч)

Основная должность	Пол	
	Мужской	Женский
Заведующие структурными подразделениями медицинских организаций	6953,3	5532,7
Терапевты	4757,5	6729,0
Врачи общей практики	4391,6	785,0
Неврологи	2195,8	261,7
Анестезиологи-реаниматологи	3568,2	1921,3
Хирурги	3568,2	299,0
Педиатры	549,0	4186,9
Акушеры-гинекологи	-	3028,0

На рисунке 3.10 представлена заболеваемость врачей-женщин по результатам диспансеризации в возрасте 50-54 лет за период с 2018 по 2022 год. Данные приведены в расчете на 100 тысяч человек соответствующей возрастной группы и сгруппированы по основным классам болезней согласно Международной классификации болезней (МКБ).

График наглядно демонстрирует различия в уровне и динамике выявляемости основных классов заболеваний у врачей-женщин данной возрастной группы в Республике Татарстан в период с 2018 по 2022 годы.

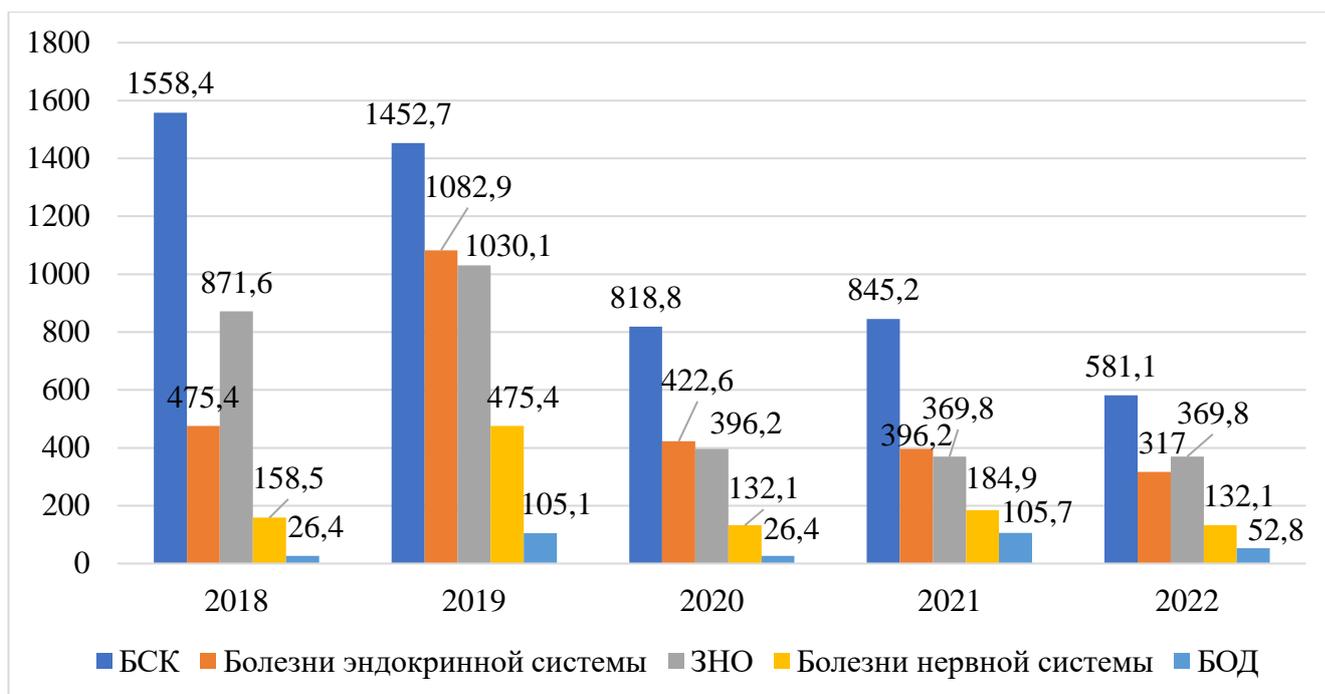


Рисунок 3.10 – Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 50-54 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ)

На первом ранговом месте среди показателей заболеваемости были болезни системы кровообращения. Данный показатель был стабильно высоким на протяжении всего периода. За изучаемый период показатель снизился в 2,7 раза и составил 581,1 на 100 тысяч населения. Самые высокие показатели были в 2018 и 2019 годах.

На втором месте среди заболеваемости были злокачественные новообразования. Начиная с 2018 года показатель имел тенденцию к росту и составил 1030,1 в 2019 году, однако с 2020 года заболеваемость постепенно снижалась до 369,8 в 2022 году.

Третье ранговое место заняли болезни эндокринной системы. Данный показатель снизился за изучаемый период на 33% и составил в 2022 году 317 на 100 тысяч населения.

Показатели заболеваемости болезнями нервной системы были относительно стабильны с тенденцией к снижению в последние годы. Самый высокий показатель был в 2019 году, он составил 475,4 на 100 тысяч населения, а в 2022 году снизился

до 132,1. Заболеваемость болезнями органов дыхания имеет тенденцию к росту, однако значения по этому классу были самыми низкими среди изученных.

По данным диспансеризации за 2018-2022 годы структура заболеваемости врачей Республики Татарстан 55-59 лет отличалась от группы 50-54 года. Ведущей патологией были болезни системы кровообращения, достигшие пика в 2019 году (2350,8 на 100 тысяч). Однако в том же году болезни эндокринной системы заняли второе место, опередив новообразования (Рисунок 3.11).

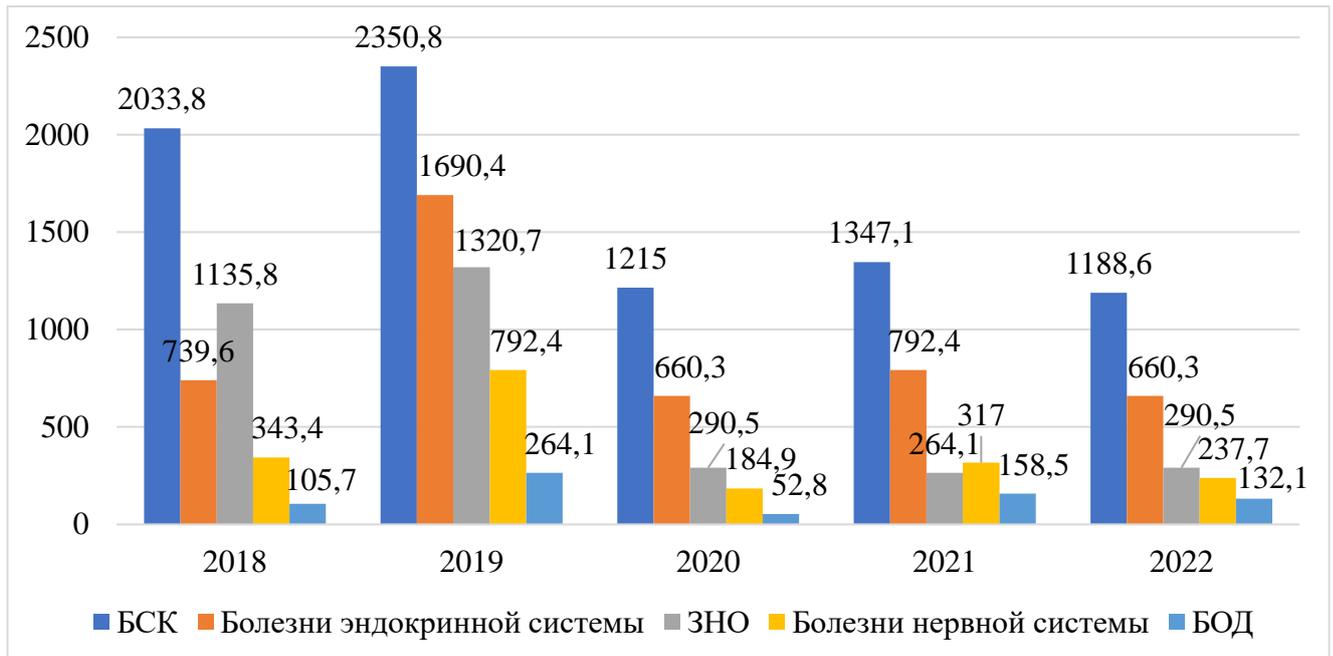


Рисунок 3.11 – Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 55-59 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ)

Среди мужчин-врачей 60-64 лет по данным диспансеризации также лидируют болезни системы кровообращения, достигшие максимума в 2019 и 2020 годах (Рисунок 3.12), что согласуется с данными по другим возрастным группам в республике. На втором месте – болезни эндокринной системы: их показатель составил 501,8 в 2019 году, снизился до 211,3 в 2020 году, но вырос до 343,4 в 2021 году.

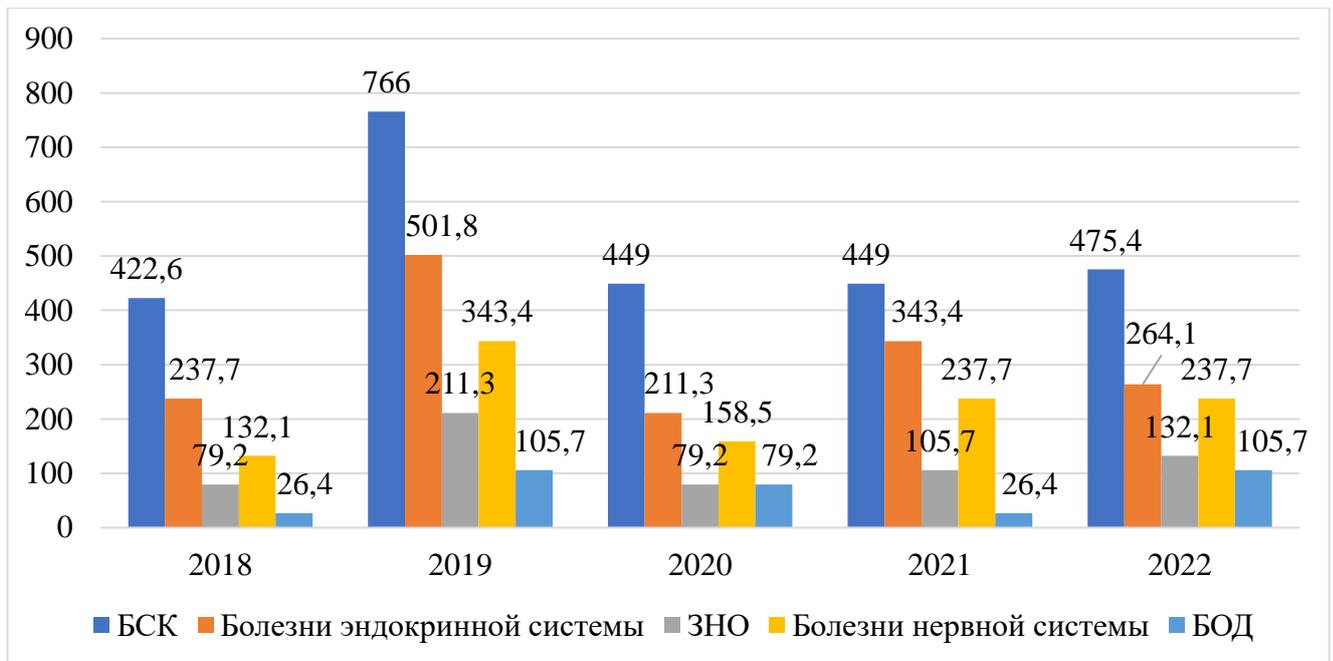


Рисунок 3.12 – Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 60-64 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ)

Во всех исследуемых возрастных группах доминировали сердечно-сосудистые патологии, включая гипертоническую болезнь с преимущественным поражением сердца, цереброваскулярную болезнь, острый трансмуральный инфаркт миокарда, хроническую ишемическую болезнь сердца и стенокардию. Среди эндокринных нарушений как у мужчин, так и у женщин-врачей наиболее распространенным диагнозом являлся инсулиннезависимый сахарный диабет. Анализ злокачественных новообразований выявил гендерные различия: у женщин чаще диагностировались опухоли яичников, щитовидной железы, матки и молочных желез, тогда как у мужчин лидировал рак предстательной железы. В структуре болезней нервной системы преобладали мигрень и вегетативная дистония.

Таким образом, несмотря на высокий профессионализм врачей предпенсионного возраста, их охват ежегодной диспансеризацией оказался крайне низким и в три раза уступает охвату диспансеризацией населения предпенсионного возраста в Татарстане. Наиболее активны в прохождении диспансеризации врачи

станций скорой помощи и поликлиник. В ходе диспансеризации у врачей предпенсионного возраста наиболее часто выявлялись болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и эндокринные заболевания, при этом наблюдаются явные гендерные и профессиональные различия.

ГЛАВА 4

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА, ЗНАЧИМЫЕ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ

4.1 Самооценка здоровья врачами предпенсионного возраста

Среди участников опроса врачи-мужчины составили 46,6%, а врачи-женщины 53,4%. Респондентами были врачи акушеры-гинекологи, урологи, терапевты, стоматологи, врачи клинико-лабораторной диагностики, хирурги, эндокринологи и другие (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Структура респондентов, в разрезе врачебных специальностей, принявших участие в опросе.

Врачи-специалисты	Количество принявших участие в опросе	Доля в %	95% ДИ
Врач-акушер-гинеколог	58	19,9	15,4-24,9
Врач-уролог	35	12,0	8,5-16,3
Врач-анестезиолог-реаниматолог	30	10,3	7,0-14,3
Врач-невролог	30	10,3	7,0 – 14,3
Врач-терапевт	23	7,9	5,1-11,6
Врач-стоматолог	22	7,5	4,8-11,2
Врач клинико-лабораторной	21	7,2	4,5-10,8
Врач-хирург	15	5,1	2,9-8,3
Врач-эндокринолог	15	5,1	2,9-8,3
Врач-травматолог-ортопед	8	2,7	1,2-5,3
Врач-офтальмолог	8	2,7	1,2-5,3
Врач-оториноларинголог	7	2,4	1,0 – 4,9
Врач-кардиолог	5	1,7	0,6-4,0
Врач-ультразвуковой диагностики	3	1,0	0,2-3,0
Врач-педиатр	3	1,0	0,2-3,0
Врач-онколог	4	1,4	0,4 – 3,5
Врач-инфекционист	5	1,7	0,6-4,0
Всего	292	100	

Определяющее влияние на качество жизни и в перспективе на их трудовую мотивацию при наступлении пенсионного возраста оказывает состояние здоровья. Среди респондентов менее половины (46,9%) удовлетворены состоянием своего здоровья. Врачи-мужчины более высоко оценивают свое состояние здоровья и их количество в группе составляет 53,9%. Не удовлетворены состоянием своего здоровья 24,0%, а чрезмерно не удовлетворены 5,8%. Количество врачей-мужчин и женщин, оценивших свое состояние здоровья «неудовлетворительно» и «очень неудовлетворительно» было равным, у мужчин таких респондентов было больше в старшей возрастной группе 60-64 года, а у женщин наоборот в более молодой возрастной группе 50-54 года (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Показатель состояния здоровья врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста согласно их самооценке (абс, %)

Пол	Возраст	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?				p
		Удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Очень не удовлетворен	
Мужской	55-59 лет	23 (38,3)	14 (23,3)	16 (26,7)	7 (11,7)	<0,001
	60-64 года	41 (53,9)	18 (23,7)	16 (21,1)	1 (1,3)	
	Итого	64 (47,1)	32 (23,5)	32 (23,5)	8 (5,9)	
Женский	50-54 года	18 (25,0)	27 (37,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	<0,001
	55-59 лет	55 (65,5)	11 (13,1)	9 (10,7)	9 (10,7)	
	Итого	73 (46,8)	38 (24,4)	36 (23,1)	9 (5,8)	
Оба пола	50-54 года	18 (25,0)	27 (37,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	<0,001
	55-59 лет	78 (54,2)	25 (17,4)	25 (17,4)	16 (11,1)	
	60-64 года	41 (53,9)	18 (23,7)	16 (21,1)	1 (1,3)	
	Итого	137 (46,9)	70 (24,0)	68 (23,3)	17 (5,8)	

Среди высказавших неудовлетворенность своим здоровьем были врачи-терапевты, неврологи, акушеры-гинекологи и врачи-клинико-лабораторной диагностики.

Результаты анкетирования показали, что с возрастом меняется оценка врачами состояния здоровья в сторону ухудшения. Так, более половины проанкетированных врачей предпенсионного возраста оценили свое здоровье несколько хуже, чем год назад (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Показатель состояния здоровья врачей-предпенсионеров сейчас по сравнению с тем, что было год назад в зависимости от пола и возраста согласно их самооценке (абс, %)

Пол	Возраст	Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад			p
		Значительно лучше, чем год назад	Несколько хуже, чем год назад	Примерно также как год назад	
Мужской	55-59 лет	13 (21,7)	25 (41,7)	22 (36,7)	0,064
	60-64 года	11 (14,5)	47 (61,8)	18 (23,7)	
	Итого	24 (17,6)	72 (52,9)	40 (29,4)	
Женский	50-54 года	0 (0,0)	45 (62,5)	27 (37,5)	< 0,001
	55-59 лет	27 (32,1)	39 (46,4)	18 (21,4)	
	Итого	27 (17,3)	84 (53,8)	45 (28,8)	
Оба пола	50-54 года	0 (0,0)	45 (62,5)	27 (37,5)	< 0,001
	55-59 лет	40 (27,8)	64 (44,4)	40 (27,8)	
	60-64 года	11 (14,5)	47 (61,8)	18 (23,7)	
	Итого	51 (17,5)	156 (53,4)	85 (29,1)	

Более 23% врачей-мужчин и женщин в течение года ни разу не обращались в медицинские организации, а 41% только один раз в год (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Показатель обращаемости за медицинской помощью врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста (абс, %)

Пол	Возраст	Как часто вы обращаетесь за медицинской помощью?					p
		Не обращаюсь	Раз в месяц	Раз в квартал	Раз в полугодие	Раз в год	
Мужской	55-59 лет	18 (30,0)	7 (11,7)	12 (20,0)	6 (10,0)	17 (28,3)	0,012
	60-64 года	14 (18,4)	1 (1,3)	12 (15,8)	10 (13,2)	39 (51,3)	
	Итого	32 (23,5)	8 (5,9)	24 (17,6)	16 (11,8)	56 (41,2)	
Женский	50-54 года	18 (25,0)	0 (0,0)	18 (25,0)	0 (0,0)	36 (50,0)	<0,001
	55-59 лет	19 (22,6)	9 (10,7)	10 (11,9)	18 (21,4)	28 (33,3)	
	Итого	37 (23,7)	9 (5,8)	28 (17,9)	18 (11,5)	64 (41,0)	
Оба пола	50-54 года	18 (25,0)	0 (0,0)	18 (25,0)	0 (0,0)	36 (50,0)	<0,001
	55-59 лет	37 (25,7)	16 (11,1)	22 (15,3)	24 (16,7)	45 (31,2)	
	60-64 года	14 (18,4)	1 (1,3)	12 (15,8)	10 (13,2)	39 (51,3)	
	Итого	69 (23,6)	17 (5,8)	52 (17,8)	34 (11,6)	120	

Среди таких большинство урологов, акушеров-гинекологов и стоматологов. Видимо, такой низкий уровень обращаемости в медицинские организации связан с одной стороны с проблемами в доступности медицинской помощи, а с другой, распространением самолечения. Свою удовлетворенность доступностью медицинской помощи высказали только 16% врачей-мужчин и 18,0% врачей-женщин. Оценку «плохо» и «очень плохо» поставили 52,9% врачей-мужчин и 51,9% врачей-женщин, что говорит об их солидарности по данному вопросу. Наибольшую неудовлетворенность высказали врачи-мужчины и женщины 55-59 лет, среди которых преимущественно были врачи-хирурги, урологи и стоматологи. Вызывает непонимание, что 36% врачей не смогли дать оценку доступности медицинской помощи в медицинских организациях, куда прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи. Обращаются за медицинской помощью в свою поликлинику 41,8 % проанкетированных врачей-предпенсионеров, а около трети выбирают частный медицинский центр. Таким образом, более 88% респондентов выразили свою неудовлетворенность доступностью медицинского обслуживания или не смогли определиться по данному вопросу (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Показатель удовлетворенности медицинским обслуживанием врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста (абс, %)

Пол	Возраст	Насколько вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для вас?					p
		Хорошо	Плохо	Очень плохо	Ни плохо, ни хорошо	Очень хорошо	
Мужской	55-59 лет	3 (5,0)	14 (23,3)	19 (31,7)	21 (35,0)	3 (5,0)	0,976
	60-64 года	5 (6,6)	18 (23,7)	21 (27,6)	27 (35,5)	5 (6,6)	
	Итого	8 (5,9)	32 (23,5)	40 (29,4)	48 (35,3)	8 (5,9)	
Женский	50-54 года	9 (12,5)	18 (25,0)	9 (12,5)	36 (50,0)	0 (0,0)	< 0,001
	55-59 лет	0 (0,0)	18 (21,4)	36 (42,9)	21 (25,0)	9 (10,7)	
	Итого	9 (5,8)	36 (23,1)	45 (28,8)	57 (36,5)	9 (5,8)	
Оба пола	50-54 года	9 (12,5)	18 (25,0)	9 (12,5)	36 (50,0)	0 (0,0)	<0,001
	55-59 лет	3 (2,1)	32 (22,2)	55 (38,2)	42 (29,2)	12 (8,3)	
	60-64 года	5 (6,6)	18 (23,7)	21 (27,6)	27 (35,5)	5 (6,6)	
	Итого	17 (5,8)	68 (23,3)	85 (29,1)	105 (36,0)	17 (5,8)	

Наибольшая необходимость в медицинской помощи наблюдается у врачей-мужчин в возрасте 60-64 лет (36% нуждаются сильно или очень сильно) и у врачей-женщин 55-59 лет (32%). Таким образом, возрастная группа 55-64 года является наиболее уязвимой (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Показатель степени нуждаемости в медицинской помощи врачей-предпенсионеров для нормального функционирования в своей повседневной жизни (абс, %)

Пол	Возраст	В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?					p
		Немного	Очень сильно	Сильно	Совсем не нуждаюсь	Умеренно	
Мужской	55-59 лет	26(43,3)	14 (23,3)	13 (21,7)	0 (0)	7 (11,7)	0,002
	60-64 года	30 (39,5)	10 (13,2)	27 (35,5)	8 (10,5)	1 (1,3)	
	Итого	56 (41,2)	24 (17,6)	40 (29,4)	8 (5,9)	8 (5,9)	
Женский	50-54 года	36 (50)	18 (25)	18 (25)	0 (0)	0 (0)	< 0,001
	55-59 лет	29 (34,5)	10 (11,9)	27 (32,1)	9 (10,7)	9 (10,7)	
	Итого	65 (41,7)	28 (17,9)	45 (28,8)	9 (5,8)	9 (5,8)	
Оба пола	50-54 года	36 (50,0)	18 (25,0)	18 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,001
	55-59 лет	55 (38,2)	24 (16,7)	40 (27,8)	9 (6,2)	16 (11,1)	
	60-64 года	30 (39,5)	10 (13,2)	27 (35,5)	8 (10,5)	1 (1,3)	
	Итого	121 (41,4)	52 (17,8)	85 (29,1)	17 (5,8)	17 (5,8)	

Результаты исследования подтверждают мнение о широкой распространенности среди врачей самолечения (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Доля врачей, обращающихся за медицинской помощью к другим врачам-специалистам (абс, %)

Пол	Возраст	Занимаетесь ли вы самолечением?		p
		Да	Нет	
Мужской	55-59 лет	51 (85,0)	9 (15,0)	0,472
	60-64 года	61 (80,3)	15 (19,7)	
	Итого	112 (82,4)	24 (17,6)	
Женский	50-54 года	63 (87,5)	9 (12,5)	0,101
	55-59 лет	65 (77,4)	19 (22,6)	

Продолжение таблицы 4.7

Пол	Возраст	Занимаетесь ли вы самолечением?		p
		Да	Нет	
Женский	Итого	128 (82,1)	28 (17,9)	0,101
Оба пола	50-54 года	63 (87,5)	9 (12,5)	0,398
	55-59 лет	116 (80,6)	28 (19,4)	
	60-64 года	61 (80,3)	15 (19,7)	
	Итого	240 (82,2)	52 (17,8)	

Так, среди врачей-предпенсионеров 17,8% указали, что обращаются за медицинской помощью к другим врачам-специалистам. Таких врачей оказалось больше всего в возрастной группе 60-64 лет и среди специалистов в области акушерства и гинекологии, урологии, неврологии и клинико-лабораторной диагностики.

Вера в собственные врачебные знания, имеющиеся проблемы в доступности медицинской помощи, в том числе в организации диспансеризации, принижение значимости проблем в состоянии собственного здоровья сформировали отношение респондентов к диспансеризации. Никогда не проходили диспансеризацию 46,6% врачей, принявших участие в опросе. Преимущественно это врачи акушеры-гинекологи, стоматологи и урологи. Наибольшее количество врачей, игнорирующих диспансеризацию, относились к возрастной группе 55-59 лет. Среди врачей-мужчин этой возрастной группы 60% никогда не проходили диспансеризацию, а среди врачей-женщин – 53,6%. В установленные сроки проходят диспансеризацию только одна треть респондентов (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Оценка показателя охвата диспансеризацией врачей предпенсионного возраста (абс, %)

Пол	Возраст	Проходите ли вы диспансеризацию?				p
		Да, всегда прохожу	Никогда не прохожу	Редко, проходил 1-2 раза	Редко, проходил 3-4 раза	
Мужской	55-59 лет	15 (25,0)	36 (60,0)	6 (10,0)	3 (5,0)	0,029
	60-64 года	25 (32,9)	28 (36,8)	10 (13,2)	13 (17,1)	
	Итого	40 (29,4)	64 (47,1)	16 (11,8)	16 (11,8)	
Женский	50-54 года	36 (50,0)	27 (37,5)	0 (0,0)	9 (12,5)	< 0,001

Продолжение таблицы 4.8

Пол	Возраст	Проходите ли вы диспансеризацию?				p
		Да, всегда прохожу	Никогда не прохожу	Редко, проходил 1-2 раза	Редко, проходил 3-4 раза	
Женский	55-59 лет	12 (14,3)	45 (53,6)	18 (21,4)	9 (10,7)	< 0,001
	Итого	48 (30,8)	72 (46,2)	18 (11,5)	18 (11,5)	
Оба пола	50-54 года	36 (50,0)	27 (37,5)	0 (0,0)	9 (12,5)	< 0,001
	55-59 лет	27 (18,8)	81 (56,2)	24 (16,7)	12 (8,3)	
	60-64 года	25 (32,9)	28 (36,8)	10 (13,2)	13 (17,1)	
	Итого	88 (30,2)	136 (46,6)	34 (11,6)	34 (11,6)	

Во многих исследованиях подчеркивается, что высокий уровень стресса и низкая удовлетворенность работой ухудшает психическое здоровье врачей, что, в свою очередь, ухудшает качество помощи, оказываемой пациентам. Получается круговая взаимосвязь, так как оказание помощи пациенту в неполном объеме оказывает негативное действие на психическое состояние врача. Врачи постоянно сталкиваются с высоким уровнем стресса. Существует значительная разница в ответах между врачами и населением. Симптомы депрессивного состояния и тревожность значительно чаще встречаются у врачей предпенсионного возраста. Так, около 70% врачей сообщают о частых проявлениях депрессивного состояния, в то время как среди всего населения той же возрастной категории этот показатель составляет всего 5% (Таблица 4.9). Кроме того, лишь 1,4% врачей утверждают, что никогда не испытывают тревожность и депрессивное состояние, тогда как среди всего населения той же возрастной категории этот показатель достигает 94%.

Таблица 4.9 – Оценка состояния здоровья врачей предпенсионного возраста, имеющих тревожно-депрессивные состояния и стресс в зависимости от пола (абс, %)

Пол	Возраст	Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?					P
		Всегда	Никогда	Довольно часто	Изредка	Очень часто	
Мужской	55-59 лет	7 (11,7)	(1,7)	35 (58,3)	2 (3,3)	15 (25,0)	0,004
	60-64 года	10 (13,2)	1 (1,3)	59 (77,6)	4 (5,3)	2 (2,6)	

Продолжение таблицы 4.9

Пол	Возраст	Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?					P
		Всегда	Никогда	Довольно часто	Изредка	Очень часто	
Мужской	Итого	17 (12,5)	2 (1,5)	94 (69,1)	6 (4,4)	17 (12,5)	0,004
Женский	50-54 года	0 (0,0)	0 (0,0)	51 (70,8)	3 (4,2)	18 (25,0)	< 0,001
	55-59 лет	18 (21,4)	2 (2,4)	60 (71,4)	4 (4,8)	0 (0,0)	
	Итого	18 (11,5)	2 (1,3)	111 (71,2)	7 (4,5)	18 (11,5)	
Оба пола	50-54 года	0 (0,0)	0 (0,0)	51 (70,8)	3 (4,2)	18 (25,0)	< 0,001
	55-59 лет	25 (17,4)	3 (2,1)	95 (66,0)	6 (4,2)	15 (10,4)	
	60-64 года	10 (3,2)	1 (1,3)	59 (77,6)	4 (5,3)	2 (2,6)	
	Итого	35 (12,0)	4 (1,4)	205 (70,2)	13 (4,5)	35 (12,0)	

4.2 Оценка трудоспособности врачами предпенсионного возраста

Как правило, состояние здоровья оказывает существенное влияние на трудоспособность. В целом 46,6% респондентов удовлетворены своей трудоспособностью, а 24,3% респондентов выразили неудовлетворенность (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Оценка состояния трудоспособности врачей предпенсионного возраста (абс, %)

Пол	Возраст	Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?				p
		Хорошо	Плохо	Очень плохо	Ни плохо, ни хорошо	
Мужской	55-59 лет	33 (55,0)	12 (20,0)	7 (11,7)	8 (13,3)	0,005
	60-64 года	31 (40,8)	20 (26,3)	1 (1,3)	24 (31,6)	
	Итого	64 (47,1)	32 (23,5)	8 (5,9)	32 (23,5)	
Женский	50-54 года	27 (37,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	18 (25,0)	< 0,001
	55-59 лет	45 (53,6)	12 (14,3)	9 (10,7)	18 (21,4)	
	Итого	72 (46,2)	39 (25,0)	9 (5,8)	36 (23,1)	
Оба пола	50-54 года	27 (37,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	18 (25,0)	< 0,001
	55-59 лет	78 (54,2)	24 (16,7)	16 (11,1)	26 (18,1)	
	60-64 года	31 (40,8)	20 (26,3)	1 (1,3)	24 (31,6)	
	Итого	136 (46,6)	71 (24,3)	17 (5,8)	68 (23,3)	

Деятельность врачей требует значительного внимания. Трудность в концентрации на своей работе отмечают 29% опрошенных врачей предпенсионного возраста (Таблица 4.11). Среди врачей мужского пола разных возрастных групп не было выявлено статистических различий ($p = 0,204$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона), а среди врачей-женщин меньше всего могли сосредоточиться врачи в возрасте от 50 до 54 лет (37,5%).

Таблица 4.11 – Оценка состояния трудоспособности врачей предпенсионного возраста, имеющих трудности в сосредоточенности выполняемой работы на рабочем месте в зависимости от пола и возраста (абс, %).

Пол	Возраст	Мне трудно сосредоточиться на работе, которую делаю		p
		Да	Нет	
Мужской	55-59 лет	21 (35,0)	39 (65,0)	0,204
	60-64 года	19 (25,0)	57 (75,0)	
	Итого	40 (29,4)	96 (70,6)	
Женский	50-54 года	27 (37,5)	45 (62,5)	< 0,001
	55-59 лет	18 (21,4)	66 (78,6)	
	Итого	45 (28,8)	111 (71,2)	
Оба пола	50-54 года	27 (37,5)	45 (62,5)	0,186
	55-59 лет	39 (27,1)	105 (72,9)	
	60-64 года	19 (25,0)	57 (75,0)	
	Итого	85 (29,1)	207 (70,9)	

Одним из ключевых критериев успешной деятельности врача служит отличная память, поскольку именно от нее во многом зависит безопасность пациентов. Способность быстро и точно вспоминать важную информацию позволяет принимать ответственные решения и обеспечивать высокое качество медицинской помощи. Поинтересовавшись у врачей-предпенсионеров о наличии проблем с памятью, практически все врачи (96%) ответили утвердительно (Таблица 4.12). При этом сравнивая свою память с коллегами, треть опрошенных врачей (34,9%) предпенсионного возраста отмечают, что их память хуже. Повозрастные различия в показателях были статистически не значимые ($p=0,126$).

Таблица 4.12 – Оценка состояния здоровья врачей предпенсионного возраста, имеющих проблемы с памятью (абс, %)

Пол	Возраст	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		Р
		Да	Нет	
Мужской	55-59 лет	57 (95,0)	3 (5,0)	1,000
	60-64 года	73 (96,1)	3 (3,9)	
	Итого	130 (95,6)	6 (4,4)	
Женский	50-54 года	66 (91,7)	6 (6,3)	0,009
	55-59 лет	84 (100,0)	0 (0,0)	
	Итого	150 (96,2)	6 (3,8)	
Оба пола	50-54 года	66 (91,7)	6 (8,3)	0,092
	55-59 лет	141 (97,9)	3 (2,1)	
	60-64 года	73 (96,1)	3 (3,9)	
	Итого	280 (95,9)	12 (4,1)	

Таким образом, результаты исследования подтверждая данные ряда исследователей о более высоких уровнях заболеваемости среди врачей, позволяют свидетельствовать, что более 30% врачей предпенсионных возрастов Республики Татарстан не удовлетворены состоянием своего здоровья, что, по их мнению, снижает возможности вести активную трудовую деятельность. Несмотря на профессиональную зрелость и большой опыт работы врачи предпенсионного возраста менее внимательны к проблемам собственного здоровья, около 80% которых занимаются самолечением, 64% не более одного раза обращались в медицинские организации в течение года, а 46% никогда не проходили диспансеризацию.

4.3 Самооценка врачами предпенсионного возраста качества жизни

Основополагающим вопросом, заданным врачам предпенсионного возраста, был вопрос об их качестве жизни, то есть о субъективном восприятии физического, психологического, эмоционального и социального функционирования. «Хорошим» оценили качество жизни только 35% врачей-мужчин и женщин

соответственно, а вот более 17% оценили свое качество жизни как «плохое» и «очень плохое», а 47% врачей-предпенсионеров не смогли дать однозначный ответ. Среди тех, кто оценил свое качество жизни как «плохое» и «очень плохое» 52,9% были врачи-женщины возрастной группы 55-59 лет и 29,4% врачи-мужчины возрастной группы 60-64 года, что свидетельствует о снижении качества жизни с возрастом (Таблица 4.13).

Таблица 4.13 – Оценка качества жизни врачей предпенсионного возраста в зависимости от пола и возраста (абс, %)

Пол	Возраст	Как вы оцениваете качество вашей жизни?				p
		Хорошо	Ни плохо, ни хорошо	Очень плохо	Плохо	
Мужской	55-59 лет	28 (46,7)	23 (38,3)	7 (11,7)	2 (3,3)	<0,001
	60-64 года	20 (26,3)	41 (53,9)	1 (1,3)	14 (18,4)	
	Итого	48 (35,3)	64 (47,1)	8 (5,9)	16 (11,8)	
Женский	50-54 года	45 (62,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
	55-59 лет	11 (13,1)	46 (54,8)	9 (10,7)	18 (21,4)	
	Итого	56 (35,9)	73 (46,8)	9 (5,8)	18 (11,5)	
Оба пола	50-54 года	45 (62,5)	27 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
	55-59 лет	39 (27,1)	69 (47,9)	16 (11,1)	20 (13,9)	
	60-64 года	20 (26,3)	41 (53,9)	1 (1,3)	14 (18,4)	
	Итого	104 (35,6)	137 (46,9)	17 (5,8)	34 (11,6)	

Проведенное анкетирование показало, что качество жизни играет ключевую роль в трудовой мотивации врачей, достигающих пенсионного возраста. Треть врачей предпенсионного возраста Республики не удовлетворены своей жизнью. Наибольшее количество неудовлетворенных (35,4%) были в возрасте 55 - 59 лет. Среди врачей-мужчин неудовлетворенных было 33,8%, а среди женщин 32,7%. Умеренно или немного удовлетворенных было 24,7% и 23,3% соответственно. В значительной степени довольны своей жизнью лишь 18,8% врачей предпенсионного возраста. Проведенный сравнительный анализ показателей удовлетворенности жизнью врачей и населения предпенсионных возрастных групп показал, что среди врачей неудовлетворенных своей жизнью (33,2%) больше, чем

среди населения (26%), что свидетельствует о важности внимания к качеству их жизни (Таблица 4.14).

Таблица 4.14 – Оценка качества жизни (среди врачей и всего населения) предпенсионного возраста (абс, %).

Показатель	Категории	Группы		p
		Врачи	Население	
Насколько Вы довольны своей жизнью?	В значительной степени	55 (18,8)	115 (7,2)	< 0,001
	Умеренно	72 (24,7)	735 (46,2)	
	Вовсе нет	97 (33,2)	417 (26,2)	
	Немного	68 (23,3)	325 (20,4)	

Возрастная динамика характеризуется последовательным снижением доли позитивных ответов на вопрос насколько физическая среда является здоровой среди врачей предпенсионного возраста. В группе 50-54 лет 75,0% врачей-женщин оценили среду как "умеренно" здоровую, в то время как в группе 55-59 лет у врачей-мужчин и женщин эта доля снижается до 45,8%, а в группе 60-64 лет у врачей-мужчин - до 44,7%. Параллельно наблюдается рост негативных оценок: доля ответов "вовсе нет" увеличивается с возрастом (Таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Показатель оценки удовлетворенности окружающей среды врачей предпенсионного возраста в зависимости от пола, возраста и должности (абс, %).

Пол	Возраст	Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?				p
		Немного	Вовсе нет	Умеренно	В значительной степени	
Мужской	55-59 лет	4 (6,7)	19 (31,7)	37 (61,7)	0 (0)	0,007
	60-64 года	21 (27,6)	21 (27,6)	34 (44,7)	0 (0)	
	Итого	25 (18,7)	40 (29,4)	71 (52,2)	0 (0)	
Женский	50-54 года	0 (0,0)	17 (23,6)	54 (75,0)	1 (1,4)	< 0,001
	55-59 лет	27 (32,1)	26 (31,0)	29 (34,5)	2 (2,4)	
	Итого	27 (17,3)	43 (27,6)	83 (53,2)	3 (1,9)	
Оба пола	50-54 года	0 (0,0)	17 (23,6)	54 (75,0)	1 (1,4)	< 0,001
	55-59 лет	31 (21,5)	45 (31,2)	66 (45,8)	2 (1,4)	
	60-64 года	21 (27,6)	21 (27,6)	34 (44,7)	0 (0,0)	

Продолжение таблицы 4.15

Пол	Возраст	Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?				р
		Немного	Вовсе нет	Умеренно	В значительной степени	
Оба пола	Итого	52 (17,8)	83 (28,4)	154 (52,7)	3 (1,0)	< 0,001

Таким образом, качество жизни является ключевым фактором трудовой мотивации врачей предпенсионного возраста, при этом около трети врачей не удовлетворены своей жизнью, особенно в возрасте 55-59 лет.

Полученные данные подчеркивают острую необходимость разработки и внедрения профилактических и оздоровительных мероприятий с учетом возрастных и профессиональных особенностей медицинских работников.

ГЛАВА 5

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Результаты, представленные в предыдущих главах, убедительно доказывают, что решение комплекса проблем — снижения смертности и заболеваемости врачей, повышения их обращаемости за медицинской помощью (в противовес практике самолечения) и улучшения качества их жизни — требует разработки медико-организационных мероприятий.

В ходе исследования проведено анкетирование руководителей профсоюзных комитетов медицинских организаций Республики Татарстан, в котором выделены вопросы, касающиеся качества жизни, здоровья и трудоспособности врачей предпенсионного возраста. Анализ полученных анкетных данных показал, что ни один из опрошенных не имеет в своей организации разработанных и внедренных корпоративных программ. На вопрос о значимости корпоративных программ для охраны здоровья врачей, 94% опрошенных дали утвердительный ответ (Таблица 5.1). При этом одна треть медицинских организаций в той или иной мере осуществляют работу в рамках федеральной программы «Укрепление здоровья на рабочем месте», около половины - «Профилактика потребления табака», 40% - «Повышение физической активности», 35% - «Сохранение психологического здоровья и благополучия», четверть - «Снижение потребления алкоголя», около 20% - «Здоровое питание на рабочем месте».

Таблица 5.1 – Оценка респондентами в какой степени играет ключевую роль применение корпоративных программ для здоровьесбережения врачей (абс, %)

Показатели	Ответы	Абс.	%	95% ДИ
Как Вы считаете, играет ли ключевую роль применение корпоративных программ для здоровьесбережения врачей?	Да	45	93,8	82,8 – 98,7
	Нет	2	4,2	0,5 – 14,3
	Затрудняюсь ответить	1	2,1	0,1 – 11,1

В ходе анализа ответов на вопросы о мероприятиях, направленных на улучшение здоровья, качества жизни и трудоспособности врачей предпенсионного возраста, мы выяснили, что физкультурно-оздоровительные мероприятия, профилактические осмотры, активное участие в диспансеризации и приобретение санаторно-курортных путевок, внедрены только в 44% медицинских организациях (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях улучшения здоровья врачей (абс, %)

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях улучшения здоровья врачей?	профилактические осмотры, активное прохождение диспансеризации, приобретение санаторно-курортных путевок, физкультурно-оздоровительные мероприятия	21	43,8	29,5 – 58,8
	профилактические осмотры, активное прохождение диспансеризации	15	31,2	18,7 – 46,3
	профилактические осмотры	7	14,6	6,1 – 27,8
	активное прохождение диспансеризации	2	4,2	0,5 – 14,3
	профилактические осмотры, приобретение санаторно-курортных путевок	3	6,2	1,3 – 17,2

Мероприятия в целях улучшения качества жизни в виде "социальная поддержка для врачей повышение жизненной активности врачей поддержание

психического здоровья повышение медицинской активности" проводятся в медицинских учреждениях, такой ответ дали 43,8% руководителей профсоюзных комитетов Республики Татарстан. Однако 31% респондентов ответили, что не проводят никаких мероприятий для улучшения качества жизни врачей (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях улучшения качества жизни врачей (абс, %)

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях улучшения качества жизни врачей	не проводятся	15	31,2	18,7 – 46,3
	повышение жизненной активности врачей	2	4,2	0,5 – 14,3
	повышение медицинской активности	5	10,4	3,5 – 22,7
	поддержание психического здоровья	5	10,4	3,5 – 22,7
	"социальная поддержка для врачей повышение жизненной активности врачей поддержание психического здоровья повышение медицинской активности"	21	43,8	29,5 – 58,8

Мероприятия в целях повышения трудоспособности врачей «Создание благоприятных, безопасных условий труда, создание доверительных отношений в коллективе и с руководством, поощрения (в том числе нематериальные) проводятся в 71% организациях, такой положительный результат был дан респондентами (Таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях повышения трудоспособности врачей (абс, %)

Показатели	Категории	Абс.	%	95% ДИ
Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях повышения трудоспособности врачей	материальное стимулирование	2	4,2	0,5 – 14,3
	"материальное стимулирование, создание доверительных отношений в коллективе, с руководством организация централизованного питания"	7	14,6	6,1 – 27,8
	не проводятся	2	4,2	0,5 – 14,3
	создание благоприятных, безопасных условий труда, создание доверительных отношений в коллективе и с руководством, поощрения (в том числе нематериальные)	34	70,8	55,9 – 83,0
	создание доверительных отношений в коллективе, с руководством. поощрения (в том числе нематериальные)	2	4,2	0,5 – 14,3
	строгое соблюдение режима труда	1	2,1	0,1 – 11,1

Таким образом, анализ данных свидетельствует о наличии дефицита в системе комплексной поддержки врачей. Полученные результаты показывают настоятельную потребность в целенаправленном и системном подходе. В качестве ключевого вектора оптимизации предлагается модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях (Приложение 3).

Модельная программа структурирована на три ключевых блока, каждый из которых фокусируется на жизненно важном аспекте благополучия врачей предпенсионного возраста:

- Блок 1: Здоровье – Нацелен на сохранение и укрепление физического и психического здоровья врачей.
- Блок 2: Трудоспособность – Ориентирован на поддержание и повышение профессиональной эффективности и функциональных возможностей.

- Блок 3: Качество жизни – Посвящен улучшению общего благополучия, гармонии между работой и личной жизнью, а также социальной реализации.

Блок 1. «Здоровье врачей»

Данный блок мероприятий направлен на достижение главной цели: снижение смертности и заболеваемости от основных причин (болезни системы кровообращения, болезни эндокринной системы, новообразования). (Рисунок 5.1)

Основные мероприятия:

1. Организация ежегодного углубленного скрининга.
 - На базе кабинета профилактики медицинской организации формируется график прохождения диспансеризации для каждого врача предпенсионного возраста.
 - Обязательный минимум обследований:
 - Для всех: измерение АД, уровня холестерина и глюкозы, ЭКГ.
 - Для мужчин 45+ (или курящих): низкодозовая КТ легких 1 раз в год.
 - Для женщин 40+: маммография + анализ на онкомаркеры (СА-125, НЕ4).
 - Для лиц с ИМТ > 24,9 кг/м²: ежеквартальный замер гликированного гемоглобина (HbA1c).
2. Внедрение механизма «Геймификация» для повышения охвата диспансеризацией.
 - Ежеквартально отдел кадров формирует рейтинг отделений по доле сотрудников предпенсионного возраста, прошедших полный объем обследований.
 - Отделения, достигшие 100% охвата, получают стимулирующие выплаты (согласно положению об оплате труда).
3. Создание корпоративной телемедицинской службы «Доктор рядом».
 - Организуется закрытый Telegram-канал/чат-бот, где дежурят узкие специалисты (кардиолог, эндокринолог, психотерапевт).
 - Регламент работы: врач-сотрудник может в рабочее время отправить анонимный или открытый запрос и получить консультацию в течение 2-х

часов. Это мероприятие напрямую направлено на борьбу с самолечением (проблема, выявленная у 82,2% врачей).

4. Программа «Ментальное здоровье».

- Проведение ежегодного стресс-ассессмента (психологическое тестирование) для выявления уровня выгорания и когнитивных нарушений.
- Формирование групп для арт-терапии и курсов «Активное долголетие» (тренировка памяти).

Блок 2. «Трудоспособность врачей»

Цель блока — сохранение профессионального долголетия и повышение эффективности труда за счет устранения физических и когнитивных барьеров.

Основные мероприятия:

1. Аудит и модернизация рабочих мест.

- Заведующие отделениями совместно с административно-хозяйственной частью проводят осмотр рабочих мест врачей 50+.

2. Внедрение производственной гимнастики.

- Разрабатывается локальный акт, обязывающий делать 15-минутные перерывы каждые 2 часа работы.
- В ординаторских размещаются QR-коды со ссылками на видео-комплексы упражнений для снятия напряжения спины и гимнастики для глаз.

3. Когнитивные тренинги.

- Организация еженедельных очных занятий с медицинским психологом (группы по 10-15 человек) для тренировки памяти и внимания.
- Предоставление бесплатного корпоративного доступа к онлайн-платформам (например, NeuroNation, BrainApps).

4. Оптимизация режима труда.

- Вводится норма: для сотрудников старше 55 лет количество ночных дежурств сокращается (по их заявлению) с возможностью перевода на работу в дневном стационаре или амбулаторном звене.

Блок 3. «Качество жизни врачей»

Цель блока – улучшение качества жизни врачей через комплекс мер, направленных на здоровье, баланс работы и личной жизни, социальную поддержку и профессиональное развитие, с учетом возрастных и гендерных особенностей.

Основные мероприятия:

1. Здоровье и профилактика возрастных проблем.

- Программы активного долголетия: йога, ЛФК, бассейн с тренером для возрастных групп (60+).
- Консультации гериатров по вопросам возрастных изменений (от 60 лет).
- Психотерапевтическая поддержка: групповые сессии по управлению стрессом и профилактике выгорания.

2. Поддержка сотрудников.

- Ежегодно на общем собрании коллектива (в День медицинского работника или в конце года) проводится чествование врачей предпенсионного возраста с вручением благодарственных писем и денежных премий за многолетний труд.
- Менторские программы: Врачи 55+ курируют молодых коллег, получая поощрения (по согласованию).

3. Укрепление личных взаимоотношений.

- Организация выездных мероприятий (пикники, экскурсии) с участием семей сотрудников.
- Тренинги по коммуникациям: курсы по управлению конфликтами и эмоциональному интеллекту.

Для повышения эффективности реализации проекта необходимо администрации медицинской организации назначить ответственного за его выполнение — доверенного врача. В обязанности доверенного врача входит ведение плана мероприятий и обеспечение контроля над его исполнением (Рисунок 5.1, Рисунок 5.2).

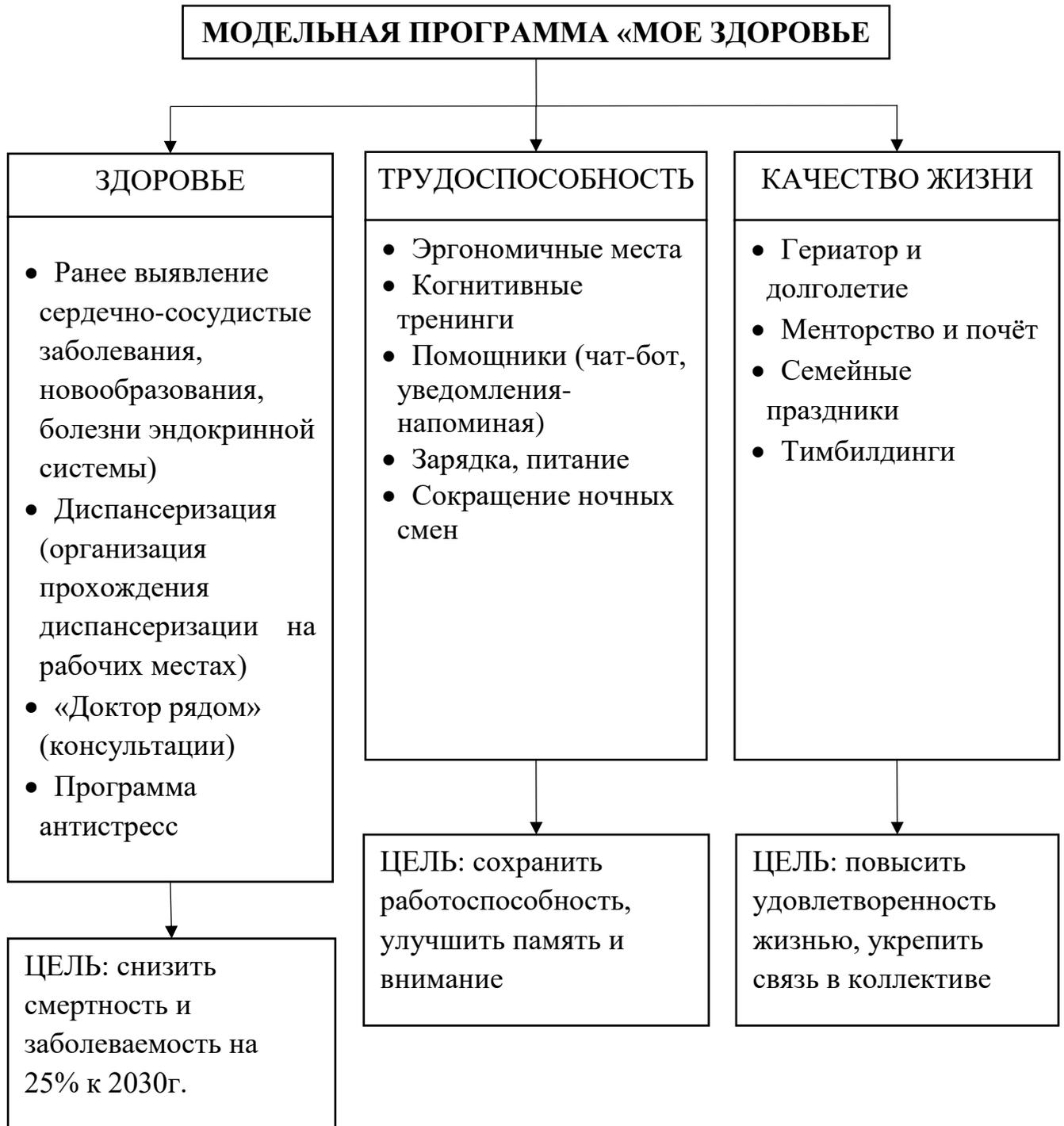


Рисунок 5.1 – Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста

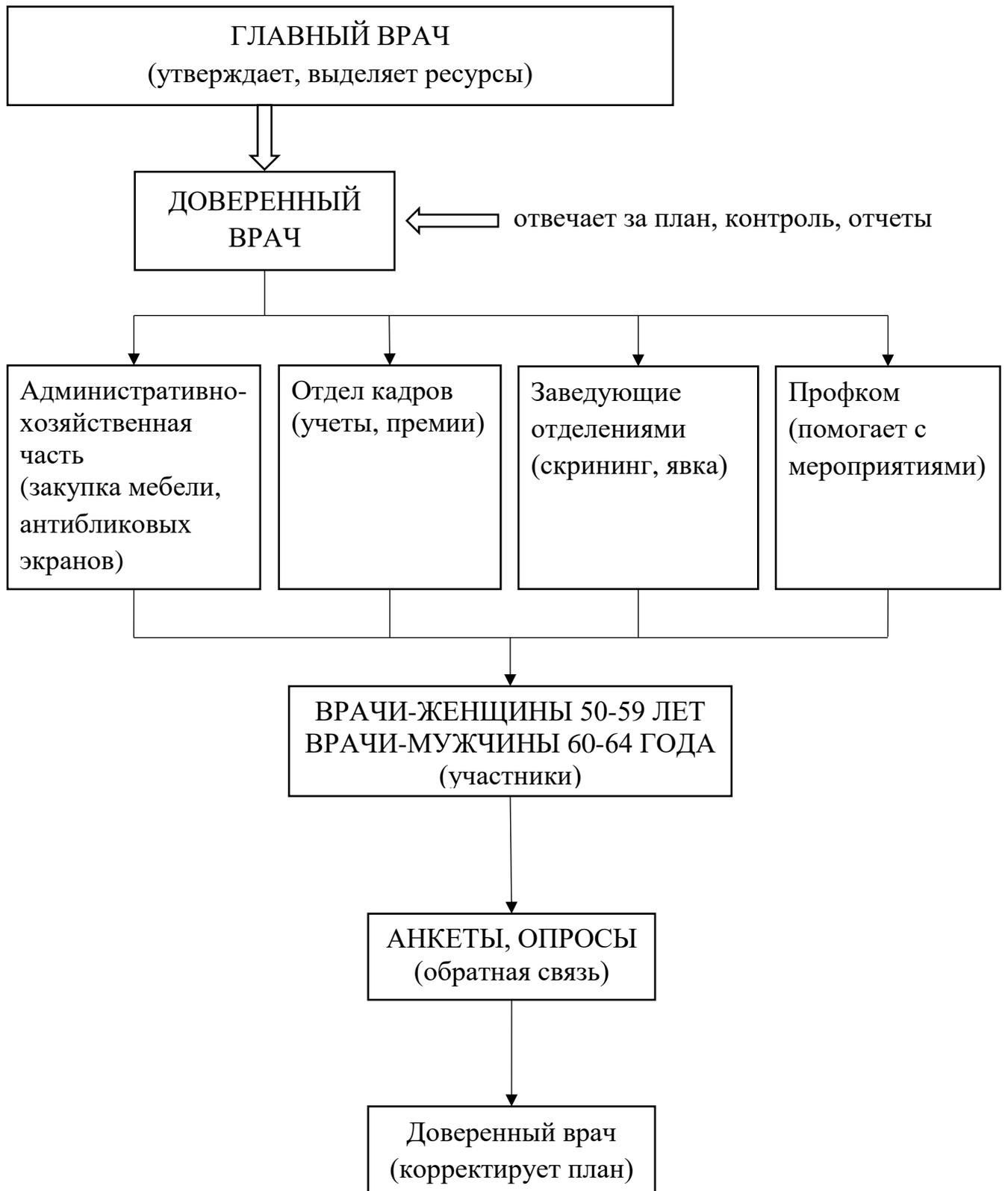


Рисунок 5.2 – Медико-организационные мероприятия при внедрении и реализации программы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Глобальная тенденция старения населения и последовавшее за ней повышение пенсионного возраста в соответствии с Федеральным законом № 350-ФЗ привели к значительному увеличению доли врачей старших возрастных групп в системе здравоохранения, которая к 2020 году достигла 25,9% [124]. Несмотря на сохранение ценных кадров, ситуация критична: при общем росте числа врачей в РТ на 7,5% (до 13 052 человек) численность врачей предпенсионного возраста сократилась на 31,6% (с 3 768 до 2 578). Это сокращение обусловлено не только естественным выходом на пенсию, но и преждевременной смертностью, а также сменой профессии, что свидетельствует о серьезных проблемах в состоянии здоровья и социально-психологическом благополучии изучаемого контингента.

Анализ смертности за 2018–2022 годы показал ее неуклонный рост: показатель увеличился в 2,3 раза и превысил аналогичные показатели среди населения республики тех же возрастных групп в 1,3–2 раза. Наиболее высокие уровни смертности зафиксированы у мужчин в возрасте 60–64 года и у женщин в возрасте 55–59 лет, причем у мужчин смертность стабильно выше в 1,3–4,2 раза. Это согласуется с данными Соловьевой С.Л., которая указывает на ключевую роль состояния здоровья в детерминации профессиональной трудоспособности врачей и фиксирует негативную динамику смертности в старших возрастных группах [112].

В структуре причин смерти среди врачей предпенсионного возраста лидирующую позицию занимали болезни системы кровообращения (52%) и новообразования (31%). Пандемия COVID-19, безусловно, внесла свой вклад, однако, как отмечают Первичко Е.И. и соавторы, основным патогенетическим механизмом роста смертности среди врачей стал не столько сам вирус, сколько высокий уровень профессионального стресса, истощающий адаптационные резервы организма [90].

Значительная часть умерших врачей (63%) работала в республиканских и городских больницах, еще 16% — в центральных районных больницах. Средний стаж работы по последнему месту у мужчин составлял 15–24 года, у женщин – 16–26 лет.

Наибольшая доля умерших приходится на врачей-хирургов (17%) и заведующих структурными подразделениями (13% среди мужчин и 21,3% среди женщин). Эти данные коррелируют с результатами исследований Какориной Е.П. и Braune A.B., которые отмечают, что смертность врачей старших возрастных групп различается по специальностям. Представители хирургических специальностей сталкиваются с более высокой смертностью по сравнению с врачами других профилей, и главную опасность для них представляют онкологические заболевания. В частности, в США риск летального исхода от рака у хирургов более чем вдвое превышает аналогичный показатель среди прочих врачей. Исследователи связывают это с комплексом профессиональных факторов: постоянным нервным напряжением, воздействием радиации при операциях и высокими физическими нагрузками [54, 149].

Проведенный анализ первичной медицинской документации за 2018–2022 годы выявил устойчивую негативную динамику роста общей и первичной заболеваемости среди врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан. Эти данные полностью согласуются с общероссийскими тенденциями, описанными Ермолиной Т.А., согласно которым общий уровень здоровья врачей находится на крайне низком уровне, а доля практически здоровых специалистов не превышает двух процентов [114]. Лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости врачей предпенсионного возраста занимают болезни органов кровообращения (инсульт, инфаркт миокарда и гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца), болезни эндокринной системы (инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями), новообразования (с поражением легких у мужчин и молочных желез у женщин). В структуре первичной заболеваемости среди врачей предпенсионного возраста, как и общей заболеваемости, лидирующее место занимают болезни системы

кровообращения, максимальные показатели которых отмечены в 2022 году за исследуемый период. При этом количество впервые заболевших врачей-мужчин превысило в 2 раза количество впервые заболевших врачей-женщин. Наиболее часто встречающиеся диагнозы — болезни органов кровообращения (инфаркт миокарда, инсульт, гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца). В 2021 году второе место среди первичной заболеваемости у мужчин и женщин заняла коронавирусная инфекция. Наиболее высокий показатель общей заболеваемости (783,1 случая) отмечен у врачей-мужчин 60–64 лет в 2022 году. Однако И.Л. Максимов в своем исследовании заболеваемости врачей многопрофильной клинической больницы выявил ведущую роль болезней органов дыхания (45,5%), травм и отравлений (23,9%) [67]. Сходные результаты получены К.М. Чойбековой и Г.А. Джумалиевым [137] при изучении врачей-стоматологов Бишкека.

Врачи призывают население регулярно проходить диспансеризацию, так как ранняя диагностика ряда серьезных заболеваний увеличивает шансы пациента на выздоровление. Также рекомендуют при первых признаках недомоганий обращаться к врачу, а не принимать антибиотики без назначения специалиста. Однако сами врачи и работающие с ними медицинские сестры старших возрастов не проходят ежегодную диспансеризацию [103]. Как свидетельствуют результаты проведенного комплексного исследования, у мужчин-врачей охват ежегодной диспансеризацией в годы исследования не превышал 6–12%, а у врачей-женщин — 6–16%. Эти данные оказались в три раза ниже показателей охвата ежегодной диспансеризацией среди всех мужчин и женщин предпенсионного возраста Республики Татарстан, составивших соответственно 31% и 29%. Анализ прохождения диспансеризации показывает, что среди врачей-мужчин наиболее дисциплинированы заведующие структурными подразделениями, а среди женщин — врачи-терапевты. Наименее охваченными оказались мужчины-педиатры и женщины-неврологи. Наиболее существенная разница (в 8,3 раза) зафиксирована в группе неврологов: врачи-мужчины проходят обследования значительно реже, чем женщины той же специальности.

Согласно исследованию Сычева М.А., самые популярные причины игнорирования возможности обращения за медицинской помощью — мнение о том, что «само пройдет» (42%), нежелание тратить время в очереди (39%), а также невозможность покинуть рабочее место (33%) [121].

В исследовании А.В. Сашина с соавторами выявлен невысокий уровень участия в диспансеризации среди врачей старших возрастных групп: доля мужчин в возрасте 60 лет и старше составила 16,0%, а женщин в возрасте 55 лет и старше — 11,5%. Анализ результатов обследования показал, что первое ранговое место в структуре заболеваемости у всех врачей независимо от специальности занимают болезни системы кровообращения. Далее структура патологии дифференцируется в зависимости от профиля: у терапевтов второе и третье места принадлежат болезням костно-мышечной системы (23,5%) и болезням глаза (11,6%), тогда как у хирургов эти же позиции занимают патологии костно-мышечной системы (18,2%) и болезни глаза (17,5%). Четвертое ранговое место у терапевтов отведено болезням мочеполовой системы (9,0%), у хирургов — болезням органов пищеварения (14,3%). Замыкают пятерку лидеров соответственно болезни пищеварения у терапевтов (8,4%) и болезни мочеполовой системы у хирургов (5,1%). При этом установлено, что большинство врачей (48,9%) имеют третью группу здоровья, причем среди мужчин данный показатель (43,8%) достоверно ниже, чем среди женщин (52,0%) [107].

Сопоставление полученных данных с результатами исследования А.В. Сашина и соавторов выявляет существенные различия. По данным анализа карт учета профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) № 131/у, среди показателей заболеваемости по результатам диспансеризации первое ранговое место также занимают болезни системы кровообращения, оставаясь лидером на протяжении всего периода. Этот показатель продемонстрировал выраженную отрицательную динамику, снизившись в 2,7 раза до уровня 581,1 на 100 тысяч населения к 2022 году, тогда как пиковые значения пришлись на 2018–2019 годы. Принципиальные отличия наблюдаются в структуре последующих ранговых мест. Вторую позицию в исследовании устойчиво занимают злокачественные

новообразования, которые не входили в число приоритетных патологий у врачей терапевтического и хирургического профиля в работе А.В. Сашина. Динамика онкологической заболеваемости в общей совокупности характеризовалась ростом до 1030,1 в 2019 году с последующим снижением до 369,8 к 2022 году. Третье место в анализе принадлежит болезням эндокринной системы, снизившимся за период на 33% до 317 случаев на 100 тысяч населения.

Показатели заболеваемости болезнями нервной системы оставались относительно стабильными на всем протяжении наблюдения, при этом в последние годы наметилась тенденция к их снижению. Наибольшие показатели зарегистрированы в 2019 году — 475,4 случая на 100 тысяч населения, тогда как к 2022 году произошло уменьшение до 132,1. В заболеваемости болезнями органов дыхания, напротив, обнаруживается тенденция к постепенному росту, однако количественные значения по данному классу являются самыми низкими среди всех изученных. Анализ структуры заболеваемости врачей Республики Татарстан по результатам диспансеризации 2018–2022 годов показывает, что возрастная группа 55–59 лет имеет существенные отличия от группы 50–54 года. В старшей возрастной категории ведущей патологией выступают болезни системы кровообращения, достигшие пика в 2019 году (2350,8 на 100 тысяч). Характерно, что в том же 2019 году болезни эндокринной системы заняли второе место, опередив по частоте встречаемости новообразования. Среди врачей-мужчин в возрасте 60–64 лет по данным диспансеризации также лидируют болезни системы кровообращения, максимальные показатели которых приходятся на 2019 и 2020 годы, что полностью согласуется с данными, полученными для других возрастных групп в республике. На втором месте в данной группе находятся болезни эндокринной системы, динамика которых характеризовалась подъемом до 501,8 в 2019 году, последующим снижением до 211,3 в 2020 году и новым ростом до 343,4 в 2021 году.

Во всех анализируемых возрастных группах безусловное доминирование принадлежало сердечно-сосудистой патологии, которая была представлена гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца,

цереброваскулярной болезнью, острым трансмуральным инфарктом миокарда, хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией. Среди эндокринных нарушений установлено, что как среди мужчин, так и среди врачей-женщин наиболее часто регистрируемым диагнозом являлся инсулиннезависимый сахарный диабет. Изучение структуры злокачественных новообразований выявило отчетливые гендерные различия: у врачей-женщин в структуре онкологической патологии преобладали опухоли яичников, щитовидной железы, матки и молочных желез, тогда как у врачей-мужчин лидирующие позиции занимал рак предстательной железы. В классе болезней нервной системы наибольшую распространенность имели мигрень и вегетативная дистония.

Таким образом, при всей высокой квалификации врачей предпенсионного возраста уровень их вовлеченности в диспансеризацию оказался чрезвычайно низким, уступая аналогичному показателю среди общего населения предпенсионного возраста в Татарстане в три раза. Наибольшую активность в прохождении диспансеризации проявили врачи, работающие в службе скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническом звене.

Парадоксальным, но вполне закономерным фактором, усугубляющим неблагоприятное состояние здоровья медицинских работников, выступает их собственное пренебрежительное отношение к себе. К числу характерных особенностей такого поведения можно отнести массовое уклонение от прохождения диспансеризации (согласно некоторым данным, до 80% врачей игнорируют профилактические осмотры) и повсеместную практику самолечения. Исследования Егоровой В.С. подтверждают эти наблюдения: автор отмечает, что врачи действительно склонны заниматься самолечением, и выделяет основные мотивы такого выбора. Главными причинами служат уверенность в собственных силах справиться с заболеванием без посторонней помощи (57% респондентов), дефицит времени для посещения коллег (43%) и недостаток средств на оплату платной консультации (27%). Прибегая к самолечению, медицинские работники преимущественно опираются на ранее полученные врачебные назначения (66%) и свой собственный клинический опыт (63%). Анализ ситуаций, в которых врачи

предпочитают лечиться самостоятельно, показывает, что наиболее часто это происходит при простудных заболеваниях и ОРВИ (99%), при болях различной локализации (69%), а также при расстройствах желудочно-кишечного тракта, порезах и царапинах — в 63% случаев соответственно [42].

Подобное положение дел непосредственным образом влияет на здоровье, трудоспособность и качество жизни врачей, достигших предпенсионного возраста. Профессиональная деятельность данной категории врачей сопряжена с интенсивным стрессовым воздействием, высоким риском эмоционального выгорания, расстройствами сна, синдромом хронической усталости и материальными проблемами, что неизбежно порождает пессимистичный психологический настрой и ухудшает качество жизни в целом. Дополнительным негативным фактором выступает склонность врачей к завышенной самооценке состояния своего здоровья, что препятствует своевременному выявлению тревожных симптомов [15, 29, 39, 92, 93, 198].

Проведенный анализ субъективной оценки качества жизни врачей предпенсионного возраста продемонстрировал, что удовлетворенность состоянием собственного здоровья характерна менее чем для половины врачей предпенсионного возраста — 46,9%. При этом прослеживаются различия: среди врачей-мужчин доля удовлетворенных выше и составляет 53,9%. Неудовлетворенность своим здоровьем выразили 24,0% опрошенных, а крайняя неудовлетворенность зафиксирована у 5,8%. Данные, полученные в исследовании, в определенной степени расходились с наблюдениями Е.Л. Николаева, который отметил, что врачи предпенсионного возраста склонны оценивать свое здоровье более позитивно по сравнению с более молодыми коллегами. Автор объясняет этот феномен профессиональной деформацией: будучи ежедневно погруженными в решение тяжелых проблем со здоровьем пациентов, врачи предпенсионного возраста меньше фиксируются на собственном самочувствии. Субъективное ощущение благополучия приводит к тому, что врачи игнорируют слабовыраженные негативные сигналы организма, что в итоге оборачивается парадоксальной ситуацией — более низкими показателями качества жизни при

объективно неудовлетворительном состоянии здоровья, что подтверждается данными исследования [81].

Проведенное анкетирование врачей предпенсионного возраста показало, что около 70% из них отмечают у себя частые проявления депрессивного состояния. Для сравнения: среди всего населения той же возрастной категории данный показатель составляет лишь 5%, что подчеркивает остроту проблемы именно в медицинской среде. Эти данные согласуются с результатами исследований Вялковой Г.М. и Гурьянова А.И., которые выявили, что 61,3% врачей предпенсионного возраста часто испытывают состояние беспокойства и тревожности. Авторы связывают повышенный уровень тревоги с комплексом социально-экономических и профессиональных факторов, включающих материальное неблагополучие, производственно-профессиональные трудности, жилищно-бытовую неустроенность, а также тревогу за благополучие и здоровье близких людей [27, 35].

Лишь 35% врачей (как мужчин, так и женщин) оценили качество своей жизни как «хорошее». При этом более 17% врачей предпенсионного возраста охарактеризовали его как «плохое» или «очень плохое», а 47% опрошенных затруднились с однозначной оценкой. Среди тех, кто дал негативные оценки, преобладали женщины в возрасте 55–59 лет (52,9%) и мужчины в возрасте 60–64 лет (29,4%), что свидетельствует о закономерном снижении качества жизни в старших возрастных группах. Проведенное анкетирование также показало, что качество жизни выступает ключевым фактором трудовой мотивации врачей, достигающих пенсионного возраста. Треть врачей предпенсионного возраста в Республике выразили неудовлетворенность своей жизнью, причем наибольшая доля неудовлетворенных (35,4%) зафиксирована в возрастной группе 55–59 лет. Гендерный анализ выявил сопоставимые показатели: среди врачей-мужчин неудовлетворенных оказалось 33,8%, среди врачей-женщин — 32,7%. Доля умеренно или слегка удовлетворенных составила 24,7% и 23,3% соответственно, тогда как в значительной степени довольны своей жизнью лишь 18,8% врачей предпенсионного возраста. Сравнительный анализ удовлетворенности жизнью

врачей и населения предпенсионных возрастных групп продемонстрировал, что среди врачей доля неудовлетворенных (33,2%) выше, чем в общей популяции (26%), что подтверждает необходимость пристального внимания к качеству жизни данной профессиональной категории.

Таким образом, несмотря на обширный спектр работ, посвященных изучению здоровья врачей, проблема сохранения трудоспособности и качества жизни именно в старшей возрастной группе, особенно в условиях изменения пенсионного законодательства (2018 г.), до настоящего времени не получила комплексного освещения. Комплексные мероприятия, направленные на поддержание здоровья данной категории медицинских работников, отсутствуют, что и обусловило цель настоящего исследования — разработку модельной программы по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.

Проведенное анкетирование руководителей профсоюзных комитетов медицинских организаций Республики Татарстан выявило острую потребность в проведении профилактической работы с врачами старшей возрастной группы. Результаты опроса свидетельствуют о том, что в настоящее время ни одна медицинская организация не имеет внедренных корпоративных программ, адресованных врачам предпенсионного возраста. Вместе с тем подавляющее большинство (94%) опрошенных руководителей профсоюзных комитетов выразили готовность развивать данное направление посредством корпоративных программ. В отсутствие специализированных мероприятий реализуются лишь отдельные федеральные инициативы: примерно треть организаций участвует в программе «Укрепление здоровья на рабочем месте», около половины — в мероприятиях по профилактике потребления табака, 40% — в программах повышения физической активности, 35% — в мероприятиях по сохранению психологического здоровья, четверть — в программах снижения потребления алкоголя и около 20% — в пропаганде здорового питания, профилактике эмоционального выгорания и улучшении доступности медицинской помощи.

Полученные данные позволяют заключить, что профессиональная группа врачей предпенсионного возраста характеризуется высокой медико-социальной уязвимостью, проявляющейся в критическом сочетании ухудшения здоровья, снижения трудоспособности и системных барьеров в получении качественной медицинской помощи, что в перспективе создает риски для их профессионального долголетия [16, 29, 48, 60, 122, 140]. Таким образом, внедрение корпоративной программы в медицинских организациях для врачей предпенсионного возраста будет способствовать улучшению состояния их здоровья, снижению уровней смертности и заболеваемости, а также повышению трудоспособности и качества жизни. Реализация данного подхода, в свою очередь, позволит решить одну из ключевых проблем кадрового дефицита в здравоохранении — сохранить высококвалифицированных специалистов с многолетним опытом работы на долгие годы, что должно стать приоритетным направлением кадровой политики в российском здравоохранении [72, 86, 143, 146, 152, 153, 156, 158, 161-163, 165, 167, 168, 170-172, 174, 175, 183, 185, 187, 188, 194, 196].

ВЫВОДЫ

1. Среди врачей предпенсионного возраста за годы исследования (с 2018 по 2022 годы) показатели смертности выросли в 3 раза. Показатели смертности среди врачей-мужчин предпенсионного возраста во все годы были выше в 1,3-4,2 раза чем у врачей-женщин-предпенсионеров. С возрастом у врачей-мужчин и женщин-предпенсионеров отмечается рост показателя смертности. Ведущими причинами смерти среди врачей предпенсионного возраста являются болезни системы кровообращения, болезни эндокринной системы и онкологические заболевания. Наибольшая доля смертности (17%) приходится на врачей-хирургов.
2. Уровень показателя общей заболеваемости среди врачей-мужчин предпенсионного возраста за 5 лет вырос в 2 раза, среди врачей-женщин в 2,3 раза, а показатель первичной заболеваемости соответственно в 3,5 раза и 4,2 раза. У врачей-мужчин показатель первичной и общей заболеваемости в 2 раза выше, чем у врачей-женщин. Структура причин общей и первичной заболеваемости в целом соответствует структуре причин смерти.
3. Охват ежегодной диспансеризацией врачей-предпенсионеров составил в годы исследования 6-12%, без различий среди врачей-предпенсионеров мужчин и женщин. За 5 лет выявляемость заболеваний по результатам диспансеризации снизилась по болезням системы кровообращения в 2,7 раза, болезням эндокринной системы в 1,5 раза, по злокачественным новообразованиям в 2,4 раза.
4. Только 16% врачей-мужчин и 18% врачей-женщин предпенсионного возраста удовлетворены доступностью медицинской помощи. Обращаются за медицинской помощью в свою поликлинику 41,8% проанкетированных врачей-предпенсионеров, около 30% выбирают частный медицинский центр. При этом 23% врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста ни разу не обращались в медицинские организации, а 41% только 1 раз в году. Только 46,9% врачей-предпенсионеров удовлетворены состоянием своего здоровья. С возрастом оценка здоровья меняется в худшую сторону. 82,2% врачей-предпенсионеров занимаются

самолечением. Никогда не проходили диспансеризацию 46,6% врачей-предпенсионеров. Не удовлетворены своей трудоспособностью 30,1% врачей-предпенсионеров, а еще 23,3% не смогли определиться. Трудности в концентрации внимания отметили 29%, а 96% врачей отметили проблемы с памятью.

5. Более 17% врачей-предпенсионеров отметили качество своей жизни как плохое и очень плохое, а 46,9% не смогли определиться. Позитивные ответы снижаются с возрастом. Среди врачей предпенсионного возраста неудовлетворенных своей жизнью (33,2%) больше, чем среди населения той же возрастной категории (26%). В возрастной группе 50–54 года почти треть (31,2%) врачей предпенсионного возраста дали физической среде вокруг них крайне негативную оценку, охарактеризовав ее как «вовсе не здоровую».

6. Разработана модельная программа, направленная на сохранение и укрепление здоровья, поддержание и повышение профессиональной эффективности, улучшение общего благополучия, гармонии между работой и личной жизнью, которая позволит увеличить продолжительность активной трудовой деятельности в рамках нового пенсионного возраста.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На региональном уровне

1. Органу исполнительной власти в здравоохранении субъекта РФ разработать и включить в рейтинговые показатели оценки деятельности медицинских организаций критерии внедрения модельных программ в профилактической работе.
2. Выделить в отдельную группу мониторинг заболеваемости и смертности среди врачей предпенсионного возраста.

На уровне медицинской организации

1. Для сохранения здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста рекомендуется внедрение разработанной программы, предусматривающей реализацию всех ключевых направлений профилактической и оздоровительной работы.
2. Ежеквартально проводить мониторинг и анализ состояния здоровья врачей предпенсионного возраста, внедрить групповые и индивидуальные психологические тренинги.
3. Организовать для врачей предпенсионного возраста клубы и центры по сохранению и укреплению здоровья.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Дальнейшие исследования по данной тематике могут быть включены в мероприятия региональных проектов, таких как «Продолжительная активная жизнь». Кроме того, показатели здоровья врачей необходимо включить в критерии оценки эффективности деятельности руководителей медицинских организаций.

Отдельно рассматривать категорию врачей, продолжающих трудовую деятельность после выхода на пенсию.

Необходимым представляется углубленное изучение факторов производственной среды и их влияния на здоровье, трудоспособность и качество жизни врачей предпенсионного возраста.

В перспективе требуется разработка и внедрение мер поддержки для врачей более молодых возрастных групп (30–50 лет), поскольку именно в этот период происходит накопление хронических заболеваний, определяющей состояние здоровья к моменту выхода на пенсию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авхименко, М.М. Некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – 2003. – № 2. – С. 25-29.
2. Агамов, З.Х. Анализ мнений пациентов и врачей о диспансеризации в городской поликлинике / З.Х. Агамов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. – № 1. – С. 52-54.
3. Аксенова, Т.А. Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и другие факторы риска заболеваний сердца у студентов медицинского вуза / Т.А. Аксенова, В.В. Горбунов, Ю.В. Пархоменко // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2009. – № 3 (31). – С. 60-62.
4. Амиров, Н.Х. Оценка профессионального риска нарушений здоровья медицинских работников по результатам периодического медицинского осмотра / Н.Х. Амиров, З.М. Берхеева, Р.В. Гарипова // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, № 2. – С. 10-14.
5. Амлаев, К.Р. Результаты изучения некоторых аспектов образа и качества жизни детских врачей-онкологов/гематологов / К.Р. Амлаев, М.Г. Гевандова, Х.Т. Дахкильгова // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 12. – С. 16-19.
6. Анализ состояния здоровья и условий труда средних медицинских работников Ошской области и города Ош / Т.М. Мамаев, Р.Г. Гайназарова, А.Т. Туташева, Б.С. Аринбаев // Вестник Ошского государственного университета. – 2021. – № 1. – С. 53-60.
7. Анализ состояния здоровья медицинских работников по результатам проведения обязательных периодических медицинских осмотров / Е.А. Головкин, И.А. Несина, Е.Л. Смирнова [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2022. – № 13. – С. 22-27.

8. Анализ состояния здоровья медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений Самарской области / Н.В. Дудинцева, В.В. Косарев, С.И. Двойников, В.С. Лотков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14, № 5-3. – С. 664-667.

9. Анализ условий и характера труда врачей терапевтического профиля (обзор литературы) / Д.Д. Каминер, Н.И. Шеина, М.Б. Булацева, М.Д. Гирина, Е.Ю. Санакоева // Здоровье населения и среда обитания. – 2024. – № 32 (1). – С. 84-93.

10. Андреева, И.Л. Оценка показателей здоровья и условий труда медицинских работников / И.Л. Андреева, А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 8. – С. 51-55.

11. Арутюнов, А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.21, 14.00.13 / А.В. Арутюнов; Институт повышения квалификации УМК Федерального Управления "Медбиоэкстрем" при МЗ РФ. – Москва, 2004. – 27 с.

12. Ахвердиева, М.К. Эпидемиология факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: фокус на здоровье врачей / М.К. Ахвердиева, В.П. Терентьев, Н.В. Дроботя // Образовательный вестник «Сознание». – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 151-152.

13. Барбараш, Н.А. Мотивирование населения к здоровому образу жизни / Н.А. Барбараш, Д.Ю. Кувшинов // Science for Education Today. – 2016. – № 1 (29). – С. 100-108.

14. Барков, С.А. Трудоустройство людей в пожилом возрасте: социальные императивы и ограничения в современной России / С.А. Барков, А.В. Маркеева, И.В. Колодезникова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2022. – Т. 22. – № 1. – С. 97-112.

15. Барсуков, В.Н. Последствия демографического старения и ресурсный потенциал населения «третьего» возраста / В.Н. Барсуков, Е.А. Чекмарева // Проблемы развития территории. – 2017. – № 3 (89). – С. 92-108.

16. Барьеры доступности и организационные барьеры при получении медицинской помощи пожилыми людьми / А.В. Чукавина, В.С. Выскочков, Д.С. Тюфилин [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2024. – № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bariery-dostupnosti-i-organizatsionnye-bariery-pri-poluchenii-meditsinskoj-pomoschi-pozhilymi-lyudmi> (дата обращения: 03.09.2025).

17. Бектасова, М.В. Организация медицинской помощи работникам многопрофильных лечебных учреждений Приморского края / М.В. Бектасова, В.А. Капцов, А.А. Шепарев // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 47-48.

18. Бердяева, И.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И.А. Бердяева, Л.Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117-120.

19. Бердяева, И.А. Оценка состояния здоровья врачей Амурской области / И.А. Бердяева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 43. – С. 99-106.

20. Бессонова, Т.И. Заболеваемость медицинских работников стоматологического профиля / Т.И. Бессонова, Е.Ю. Шкатова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/751/30/lang,ru/> (дата обращения: 18.05.2022).

21. Бодагова, Е.А. Психическое здоровье и качество жизни врачей : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.06 / Е.А. Бодагова; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2013. – 23 с.

22. Болотникова, Н.И. Медико-социальный анализ скорой медицинской помощи в условиях города с полумиллионным населением / Н.И. Болотникова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – № 4. – С. 339-342.

23. Борщук, Е.Л. Медико-социальная характеристика профессиональной деятельности участковых врачей. Проблемы стандартизации в здравоохранении /

Е.Л. Борщук, А.А. Калининская, С.А. Смирнова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 5-6. – С. 59-66.

24. Будякова, Т.П. Роль физической культуры и спорта в обеспечении жизнестойкости пенсионеров и лиц предпенсионного возраста / Т.П. Будякова, А.Н. Пронина, Г.В. Батуркина // Ученые записки университета им. ПФ Лесгафта. – 2019. – № 5 (171). – С. 418-422.

25. Возрастной состав врачебных кадров в Российской Федерации (2015-2020 гг.) / Л.И. Меньшикова, К.Н. Пелецкая, Е.В. Огрызко, Н.А. Флеглер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 507-523.

26. Воронин, А.Н. Психологические характеристики самоорганизации в профессиональной деятельности врача / А.Н. Воронин, Е.Л. Николаев // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. – Т. 16, № 1. – С. 13-18.

27. Вялкова, Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.33 / Г.М. Вялкова; Московская медицинская академия. – Москва, 2001. – 22 с.

28. Гарипова, Р.В. Совершенствование системы мониторинга за состоянием здоровья медицинских работников / Р.В. Гарипова // Казанский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 78-82.

29. Гатиятуллина, Л.Л. Состояние здоровья медицинских работников / Л.Л. Гатиятуллина // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 3. – С. 69-75.

30. Гильманов, А.А. Самооценка врачами предпенсионного возраста своего здоровья в Республике Татарстан / А. А. Гильманов, Д. Х. Нигматуллина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2024. – № 4 (83). – С. 19-26.

31. Горблянский, Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников / Ю.Ю. Горблянский // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 1. – С. 8-12.

32. Гржибовский, А.М. Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) / А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2008. – № 6. – С. 58-68.

33. Григорьев, Г.И. Медико-социальное исследование рискованного и опасного потребления алкоголя врачами различных специальностей: распространенность, факторы риска, профилактика : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.02.03 / Г.И. Григорьев; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – Москва, 2015. – 24 с.

34. Губин, А.И. Профессиональное выгорание у врачей-травматологов и его профилактика : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 05.13.01 / А.И. Губин; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. – Воронеж, 2009. – 22 с.

35. Гурьянов, М.С. Заболеваемость медицинских работников различных возрастных групп по данным дополнительной диспансеризации (предварительное сообщение) / М.С. Гурьянов // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 25-28.

36. Дегтярев, А.Д. Социально-гигиеническое изучение состояния здоровья и качества жизни врачей, специалистов по ультразвуковой диагностике : автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.02.03 / А.Д. Дегтярев; Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены. – Москва, 2014. – 26 с.

37. Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации / С.И. Шляфер, Н.Н. Камынина, А.В. Гажева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – С. 14.

38. Динамика показателей качества трудовой жизни медицинских сестер инфекционных отделений Клиник Самарского государственного медицинского университета / Л.А. Карасева, О.В. Беликова, Е.Ю. Кичатова, О.В. Яремчук // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 7. – С. 121.

39. Диспансеризация и заболеваемость врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан / А.А. Гильманов, Д.Х. Нигматуллина, М.Д. Васильев, С.В.

Русских // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – № 3. – С. 108-115.

40. Дроздова, Л.Ю. Одновременная оценка распространенности и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей и их знания современных клинических рекомендаций. Результаты проекта «Здоровье и образование врача» / Л.Ю. Дроздова, С.Ю. Марцевич, В.П. Воронина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 137-144.

41. Евстафьева, Ю.В. Качество жизни врачей Забайкальского края / Ю.В. Евстафьева, В.А. Дударева, В.В. Бобрович // Забайкальский медицинский вестник. – 2024. – № 3. – С. 16-23.

42. Егорова, В.С. Исследование отношения населения к проблеме ответственного самолечения / В.С. Егорова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2018. – Т. 8. – С. 162-162.

43. Егорышева, И.В. Факторы, формирующие неудовлетворенность трудом у медицинских сестер по данным социологических исследований / И.В. Егорышева // Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты: материалы конференции (Кобулет). – Москва, 1990. – С. 20-24.

44. Ермолина, Т.А. Заболеваемость медицинских работников (Профессиональные аспекты) / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.Г. Калинин // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19, № 5. – С. 85-88.

45. Ермолина, Т.А. Особенности заболеваемости медицинского персонала болезнями костно-мышечной системы / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.Г. Кузьмин // Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 7. – С. 61-64.

46. Жданкина, А.О. Совершенствование организации лучевой диагностики лицам предпенсионного и пенсионного возраста в условиях оказания амбулаторно-поликлинической помощи (обзор литературы) / А.О. Жданкина, А.В. Фомина // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23, № 3. – С. 243-252.

47. Заболеваемость медицинских работников инфекционными болезнями, связано ли это с профессиональной деятельностью / И.В. Сергеева, Е.П. Тихонова, Н.В. Андропова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=22914> (дата обращения: 09.10.2023).

48. Здоровье медицинских сотрудников пенсионного возраста, работающих на станции скорой медицинской помощи / Л.М. Карамова. В.О. Красовский, Л.М. Масыгутова, А.С. Хафизова // Пермский медицинский журнал. – 2016. – № 6. – С. 78-82.

49. Золотухина, Л.В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального выгорания : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.06, 19.00.04 / Л.В. Золотухина; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – Санкт-Петербург, 2011. – 21с.

50. Изменения в направлениях и предельных размерах использования средств обязательного медицинского страхования с 2024 года / В.И. Стародубов. Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 3. – С. 4-12.

51. К вопросу о профессиональных заболеваниях работников здравоохранения и их выявлении при периодических медицинских осмотрах / Н.С. Кондрова, Э.Р. Шайхлисламова, И.В. Сандакова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2018. – № 4. – С. 325-331.

52. Кайбышев, В.Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России / В.Т. Кайбышев // Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 12. – С. 21-26.

53. Кайбышев, В.Т. Социально-гигиенические факторы формирования здоровья врачей / В.Т. Кайбышев // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 7. – С. 30-34.

54. Какорина, Е.П. Ведущие причины смерти в пожилом и старческом возрасте по данным медицинских свидетельств о смерти в Московской области /

Е.П. Какорина, И.В. Самородская, Т.К. Чернявская // Судебная медицина. – 2023. – Т. 9, № 1. – С. 27-38.

55. Карамова, Л.М. Сравнительная характеристика состояния здоровья медицинских работников скорой медицинской помощи и других учреждений здравоохранения / Л.М. Карамова, А.С. Хафизова, Г.Р. Башарова // Гигиена, профпатология и риски здоровью населения: материалы конференции. – Уфа, 2016. – С. 430-435.

56. Карелин А.О. Работоспособность врачей-стоматологов государственных детских стоматологических поликлиник / А.О. Карелин, П.Б. Ионов, Г.Б. Еремин // Гигиена и санитария. – 2021. – № 100 (8). – С. 833-838.

57. Качество жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан / А.А. Гильманов, Д.Х. Нигматуллина, Ж.В. Савельева, И.Р. Искандаров // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2025. – № 2 (85). – С. 11-17.

58. Качество жизни врачей-гематологов Российской Федерации по данным опросника RAND SF-36 / Н.Н. Цыба, Т.И. Ионова, О.В. Лазарева [и др.] // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 411-419.

59. Качество жизни. Адаптивные возможности человека предпенсионного возраста: монография / Г.А. Севрюкова, И.В. Хвастунова, П.Л. Севрюкова [и др.]. – Волгоград : [Волгоградский государственный университет](#), 2020. – 100 с.

60. Короленко, А.В. Состояние здоровья как фактор трудовой активности населения пенсионного возраста / А.В. Короленко, В.Н. Барсуков // Вестник Пермского университета. Сер.: Философия. Психология. Социология. – 2017. – № 4. – С. 643-656.

61. Ларенцова, Л.И. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты / Л.И. Ларенцова, Л.М. Барденштейн. – Москва : Медицинская книга, 2009. – 141 с.

62. Ларина, В.Н. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников / В.Н. Ларина, К.В. Глибко, Н.М. Купор // Лечебное дело. – 2018. – № 4. – С. 18-24.

63. Личный потенциал врача как фактор улучшения качества медицинской помощи / Т.П. Васильева, И.Г. Халецкий, В.М. Куксенко [и др.] // Медицинский альманах. – 2011. – № 3. – С. 85-90.

64. Лымаренко, В.М. Патогенетические механизмы психовегетативных дисфункций при воздействии хронического профессионального стресса у врачей поликлинических учреждений : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.03.03 / В.М. Лымаренко; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. – Санкт-Петербург, 2013. – 23 с.

65. Мадьянова, В.В. Особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012-2018 гг. / В.В. Мадьянова, Е.П. Какорина, Т.А. Клокова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 207-215.

66. Мадьянова, В.В. Смертность лиц старше трудоспособного возраста от новообразований / В.В. Мадьянова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 3-4. – С. 63-71.

67. Максимов, И.Л. Врач многопрофильной больницы: состояние здоровья, этико-правовые аспекты деятельности : автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.33 / И.Л. Максимов; Казанский государственный медицинский университет. – Казань, 2003. – 22 с.

68. Максимов, И.Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы / И.Л. Максимов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 3. – С. 38-39.

69. Малыхин, Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) / Ф.Т. Малыхин // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11-18.

70. Мандриков, В.Б. Построение и управление многолетним процессом физического воспитания студентов с учетом будущей профессиональной деятельности / В.Б. Мандриков // Современное профессиональное образование в сфере физической культуры и спорта: актуальные проблемы и пути совершенствования: сборник трудов конференции. – Волгоград, 2006. – С. 22-25.

71. Маркарян, А.Г. Профессиональное выгорание как следствие профессионального стресса / А.Г. Маркарян // Ученые записки СПбГМУ им. ИП Павлова. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 32-34.

72. Маркеева, А.В. Продолжение работы на пенсии: взгляд российских пенсионеров / А.В. Маркеева // Общество: социология, психология, педагогика – 2022. – № 4. – С. 32-38.

73. Марцевич, С.Ю. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха / С.Ю. Марцевич, Л.Ю. Дроздова, В.П. Воронина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, № 1. – С. 73-76.

74. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.Г. Еремина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 256-260.

75. Миниханов, Р.С. Пенсионное обеспечение педагогических работников в современной России / Р.С. Миниханов, С.А. Афанасьева // Инновационная наука. – 2019. – № 9. – С. 90-94.

76. Мнение врачей о мониторинге показателей состояния общественного здоровья и факторов риска / И.В. Самородская, М.А. Ватолина, О.Л. Барбараш [и др.] // Профилактическая медицина. – 2015. – № 2. – С. 11-17.

77. Молов, Б.А. Анализ заболеваемости и оценка профилактики гипертонической болезни у лиц трудоспособного возраста за рубежом, в России и по Санкт-Петербургу / Б.А. Молов // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38, № S1-2. – С. 14-17.

78. Муравьева, И.В. Профессиональные заболевания медицинских работников и их профилактика / И.В. Муравьева, Д.Б. Пеньков, Г.Я. Жарков // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 2. – С. 1-6.

79. Муслимов, М.И. Дефицит медицинских кадров как глобальная проблема современности / М.И. Муслимов, Р.Н. Мингазов, Э.Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 9. – С. 103-111.

80. Никитин, А.В. Современные подходы к диагностике ревматоидного артрита с сопутствующим остеоартрозом (краткий литературный обзор) / А.В.

Никитин, Е.А. Питерская, И.А. Стародубцева // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 2. – С. 131-134.

81. Николаев, Е.Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? / Е.Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. – 2014. – № 2. – С. 310-315.

82. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под редакцией акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е издание. – Москва : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

83. Новокрещенова, И.Г. Актуальные вопросы оказания медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в амбулаторно-поликлинических условиях / И.Г. Новокрещенова, И.К. Сенченко, В.В. Чунакова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № S5. – С. 120-121.

84. Нурланова, З.А. Заболеваемость дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника среди медицинских работников / З.А. Нурланова, Г.К. Каусова, А.М. Ауезова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 510-513.

85. Образ жизни сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы / О.А. Ильина, А.В. Шулаев, М.И. Тимерзянов [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 3. – С. 34-45.

86. Османова, С.Г. Научное обоснование оценки, отбора и профилактики профессиональной деформации врачей анестезиологов-реаниматологов : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.33 / С.Г. Османова; Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – Москва, 2009. – 24 с.

87. Оценка медицинскими работниками степени влияния их условий труда на развитие профессиональных заболеваний / Н.Н. Петрухин, О.Н. Андреев, И.В. Бойко, С.В. Гребеньков // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – № 8. – С. 463-467.

88. Оценка удовлетворенности пациентов и медицинских работников качеством оказываемых услуг / М. Утеулин, А.Е. Ошибаева, А.Е. Уалиева, А.Н. Нурбакыт // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 344-347.

89. Павлов, В.И. Психологическая адаптация и профессиональное здоровье врача / В.И. Павлов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16, вып. 3 – С. 67-71.

90. Первичко, Е.И. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований / Е.И. Первичко, Ю.Е. Конюховская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 595-608.

91. Петрухин, Н.Н. Профессиональная заболеваемость медработников в России и за рубежом (обзор литературы) / Н.Н. Петрухин // Гигиена и санитария. – 2021. – № 8. – С. 845-850.

92. Пионтовский, И.Н. Факторы, определяющие трудовую активность лиц старшего возраста / И.Н. Пионтовский // Креативная экономика. – 2011. – № 10. – С. 56-60.

93. Поляков, И.В. Оценка состояния здоровья медицинских работников скорой медицинской помощи и влияющих на него факторов / И.В. Поляков, А.А. Добрицина, Т.М. Зеленская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 25-28.

94. Пристром, М.С. Старение физиологическое и преждевременное. Современный взгляд на проблему / М.С. Пристром, С.Л. Пристром, И.И. Семенов // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2017. – № 5-6. – С. 40-64.

95. Проблема дефицита врачебных кадров в здравоохранении России: причины и пути решения (литературный обзор) / Д.А. Канева, Т.Ю. Тарараева, А.В. Бреусов, Л.В. Максименко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 747-767.

96. Прокопьев, В.П. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности и совершенствование управления охраной здоровья врачей : Автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.33 / В.П. Прокопьев; Оренбург. гос. мед. ин-т. – Оренбург, 1993. – 227 с.

97. Профессиональные заболевания кожи у медицинских работников / С.В. Поповкина, Н.И. Измерова, Л.А. Иванова, В.В. Чикин // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – № 11. – С. 43-47.

98. Психосоциальные факторы риска в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала / Н.А. Акимова, Е.А. Андриянова, Р.Ю. Девличарова, Е.Н. Медведева // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 420-438.

99. Распространенность факторов риска и состояние здоровья врачей / В.К. Гончаров, Н.А. Ермилова, П.М. Борщев [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2017. – № 1. – С. 10-13.

100. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ / Г.А. Муромцева, А.В. Концевая, В.В. Константинов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 6. – С. 4-11.

101. Роль вуза в формировании врачебных кадров и сохранении их здоровья / В.М. Тимербулатов, В.Т. Кайбышев, Т.Р. Зулькарнаев, А.И. Савлуков // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 7. – С. 17-20.

102. Рослая, Н.А. Заболеваемость медицинских работников по результатам периодических медицинских осмотров / Н.А. Рослая, А.В. Тульчинская // Вестник уральского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1-2. – С. 102-106

103. Рудковская, А.В. Паттерны здравоохранительного поведения медицинских работников / А.В. Рудковская // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2021. – Т. 27, № 4. – С. 157-174.

104. Руженков, В.А. Факторы, обуславливающие качество жизни медицинских работников / В.А. Руженков, Е.А. Сергеева, У.С. Москвитина // Медицинские новости. – 2015. – № 10 (253). – С. 19-23.

105. Сазонов, В.Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 19.00.04, 14.01.12 / В.Я. Сазонов; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2012. – 25 с.

106. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы / А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко [и др.] // Суицидология. – 2019. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samoubiystva-sredi-vrachey-i-meditsinskih-rabotnikov-obzor-literatury> (дата обращения: 03.09.2025).

107. Сашин, А.В. Заболеваемость врачей различного профиля по результатам дополнительной диспансеризации / А.В. Сашин, Я.В. Толь // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2010. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-vrachey-razlichnogo-profilya-po-rezultatam-dopolnitelnoy-dispanserizatsii> (дата обращения: 03.09.2025).

108. Симонова, Н.И. Значимость психосоциальных факторов трудового процесса для работников различных профессий в современных условиях / Н.И. Симонова // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 6. – С. 41-47.

109. Смертность врачей предпенсионного возраста в республике Татарстан / А.А. Гильманов, Д.Х. Нигматуллина, В.Г. Шерпутовский [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – Т. 28, № 4. – С. 5-10.

110. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов здравоохранения / В.В. Мадьянова, Р.А. Хальфин, С.А. Орлов [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 3-4. – С. 3-12.

111. Соколовская, Т.А. Демографические проблемы и состояние здоровья населения пожилого возраста / Т.А. Соколовская // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 60-71.

112. Соловьева, С.Л. Психологическая помощь для врачей / С.Л. Соловьева // Современные тенденции развития клинической психологии : Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Астрахань: Астраханский государственный медицинский университет, 2016. – С. 88-93.

113. Соловьева, С.Л. Почему врач умирает раньше своих больных / С.Л. Соловьева // Медицинская психология в России. – 2024. – Т. 15. – № 4. – С. 10-20.

114. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.Г. Калинин, С.В. Красильников // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 197-200.

115. Сосульникова, Е.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания детских врачей-стоматологов : Автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 19.00.04 / Е.А. Сосульникова; Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова. – Москва, 2011. – 24 с.

116. Социально-организационные условия преодоления синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в процессе трудовой деятельности / М.А. Бабешина, А.Ю. Музеник, В.Н. Куровский, Н.В. Демьяненко // Приволжский научный вестник. – 2017. – № 2. – С. 62-67.

117. Сравнение показателей смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин старше 50 лет в России и США / С.А. Бойцов, О.В. Зайратьянц, Е.М. Андреев [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 6 (146). – С. 100-107.

118. Сравнительная оценка заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и Новосибирской области / В.А. Погодина, А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко, Н.А. Гусельникова // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97, № 5. – С. 780-783.

119. Субъективная оценка факторов профессионального риска для здоровья и психоэмоционального состояния медицинских работников в изменившихся

условиях труда в период пандемии Covid-19 / Е.А. Гутич, Г.Е. Косяченко, С.И. Сычик [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2023. – № 3. – С. 112-122.

120. Султанова, Э.И. Комплексная оценка качества жизни врачей-стоматологов / Э.И. Султанова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 1. – С. 424-426.

121. Сычев, М.А. Медико-социальное исследование заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики : Автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.33 / М.А. Сычев; Российский ун-т дружбы народов. – Рязань, 2008. – 26 с.

122. Сычев, М.А. Социально-экономическая и психосоциальная характеристика врачей старшего трудоспособного возраста / М.А. Сычев // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2008. – № 1. – С. 62-70.

123. Тенденции трудовой занятости пенсионеров в разрезе занятий и видов экономической деятельности в 2017-2022 гг. / О.Д. Воробьева, А.В. Топилин, Г.В. Ниорадзе, Т.С. Хроленко // Социально-трудовые исследования. – 2024. – № 1 (54). – С. 60-72.

124. Труфанова, Н.Л. Условия труда и состояние здоровья врачей крупной медицинской организации / Н.Л. Труфанова. И.И. Новикова // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – № 9. – С. 777-778.

125. Удовлетворенность пациентов с COVID-19 качеством медицинской помощи, оказанной в форме дистанционных телемедицинских консультаций / Н.В. Полунина, А.А. Тяжельников, А.В. Погонин, Е.В. Костенко // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2020. – № 6. – С. 142.

126. Фадеева, Е.В. Оптимизация здравоохранения и пенсионная реформа как факторы вытеснения медицинской интеллигенции из государственного сектора здравоохранения / Е.В. Фадеева // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». – 2018. – № 4 (14). – С. 107-117.

127. Фармакоэпидемиология артериальной гипертонии в России : анализ приверженности врачей (по результатам исследования ПИФАГОР IV) / М.В.

Леонова, Л.Л. Штейнберг, Ю.Б. Белоусов [и др.] // Системные гипертензии. – 2015. – Т. 12, № 1. – С. 19-25.

128. Федяева, А.В. Приверженность к самолечению в старших возрастных группах / А.В. Федяева, С.Н. Черкасов, В.С. Олейникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 1. – С. 30-35.

129. Физическое воспитание - составная часть подготовки будущего врача / В.Б. Мандриков, М.П. Мицулина, Л.В. Салазникова, И.А. Миронова // ВУЗ. Здоровье. Интеллект: педагогические, биоинформационные, оздоровительные технологии : материалы конференции. – Волгоград, 2002. – С. 359-361.

130. Фокина, Т.Ю. Личностно-психологические аспекты синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 19.00.04 / Т.Ю. Фокина; Московский государственный медико-стоматологический университет. – Москва, 2009. – 26 с.

131. Хабриев, Р.У. Сравнительный анализ систем здравоохранения / Р.У. Хабриев, М.Е. Коломийченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – № 1. – С. 4-11.

132. Характеристика липидного спектра крови и состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у медицинских работников с артериальной гипертензией / Е.М. Комиссарова, Л.А. Шпагина, С.К. Позднякова, А.А. Юдина // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 8. – С. 22-27.

133. Царева, О.В. Оценка факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья медицинских работников Подмосковья / О.В. Царева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 5. – С. 73-77.

134. Царева, О.В. Некоторые результаты социологического опроса врачей-терапевтов Московской области / О.В. Царева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1-2. – С. 163-166.

135. Цевенова, К.Е. Оценка условий труда и риск нарушения здоровья медицинских работников поликлинических отделений / К.Е. Цевенова // Матрица научного познания. – 2019. – № 5. – С. 313-317.

136. Частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди врачей различных специальностей в Томской области / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 32-39.

137. Чойбекова, К.М. Заболеваемость медицинских работников стоматологических организаций здравоохранения Киргизской Республики / К.М. Чойбекова, Г.А. Джумалиева // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2022. – № 2. – С. 74-78.

138. Шейман, И.М. Кадровый дефицит в здравоохранении : причины и пути преодоления / И.М. Шейман // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2025. – № 4. – С. 110-138.

139. Щанина, Е.В. Практики поведения пожилых людей, направленные на повышение своего благосостояния, в современном российском обществе / Е.В. Щанина // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 2. – С. 138-161.

140. Ягудина, Р.И. Единственный «человек в белом халате» на пути ответственного самолечения / Р.И. Ягудина, П.А. Логвинюк // Ремедиум. – 2018. – № 4. – С. 8.

141. Яковлева, Н.В. Диагностика и коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей поликлиники среднего и пожилого возраста : Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.30 / Н.В. Яковлева; Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН. – Санкт-Петербург, 2012. – 26 с.

142. Accident and emergency 24 hour senior cover - a necessity or a luxury? / M.W. Cooke, C. Kelly, A. Khattab [et al.] // Journal of accident & emergency medicine. – 1998. – Vol. 15, № 3. – P. 181.

143. Alahmed, Z. Correlates of physical activity counseling provided by physicians: A cross-sectional study in Eastern Province, Saudi Arabia / Z. Alahmed, F. Lobelo // *PLoS One*. – 2019. – № 7 – P. 0220396.

144. Aluttis, C. The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration / C. Aluttis, T. Bishaw, M.W. Frank // *Global Health Action*. – 2014. – Vol. 7, № 1. – P. 23611.

145. Arnsten, A.F. Physician distress and burnout: the neurobiological perspective / A.F. Arnsten, T. Shanafelt // *Mayo Clinic Proceedings*. – 2021. – Vol. 96, № 3. – P. 763-769.

146. Assessing the association between urban features and human physiological stress response using wearable sensors in different urban contexts / Z. Zhang, P.M. Amegbor, T. Sigsgaard, C.E. Sabel // *Health & Place*. – 2022. – Vol. 78. – P. 102924.

147. Barranco, R. Covid-19 and infection in health-care workers : An emerging problem / R. Barranco, F. Ventura // *Medico-Legal J*. – 2020. – Vol. 88, № 2. – P. 65-66.

148. Bertillon, J. Morbidity and mortality according to occupation / J. Bertillon // *J. Roy Stat. Soc*. – 1892. – № 4 – P. 559-600.

149. Brayne, A.B. Medical specialties and life expectancy: An analysis of doctors' obituaries 1997-2019 / A.B. Brayne, R.P. Brayne, A.J. Fowler // *Lifestyle Med*. – 2021. – № 2. – P. 23.

150. Carpenter, L. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants / L. Carpenter, A. Swerdlow, N. Fear // *Occup. Environ. Med*. – 1997. – № 54. – P. 95.

151. Cohen, D. Standards for 'Health for Health Professionals' services in the UK / D. Cohen, N. Marfell, G. Greene // *Occupational medicine*. – 2014. – Vol. 64, № 2. – P. 126-132.

152. Doctors and patients' perspectives on obesity. A Q-methodology study / Q. Shahed, K. Baranowska, M.C. Galavazi [et al.] // *Fam Pract*. – 2022. – № 4 – P. 694-700.

153. Effectiveness and easiness of adherence to behavioural guidelines for diet and lifestyle changes for cholesterol-lowering the Increasing Adherence of Consumers to Diet & Lifestyle Changes to Lower (LDL) Cholesterol (ACT) randomised controlled trial

/ E. Magriplis, T.E. Sialvera, A. Papadopoulou [et al.] // *J Hum Nutr Diet.* – 2019. – № 5 – P. 607-618.

154. Emanuel, D.A. Occupational health services for farmers / D.A. Emanuel, D.L. Draves, G.R. Nycz // *American J Industrial Med.* – 1990. – Vol. 18, № 2. – P. 149-162.

155. Fujimura, Y. Inpatient satisfaction and job satisfaction/stress of medical workers in a hospital with the 7:1 nursing care system (in which 1 nurse cares for 7 patients at a time) / Y. Fujimura, H. Tanii, K. Saijoh // *Environ Health Prev Med.* – 2011. – Vol. 16, № 2. – P. 113-122.

156. Gabal, H.M.S. Perceived benefits and barriers towards exercise among healthcare providers in Ain Shams University Hospitals, Egypt / H.M.S. Gabal, M.M. Wahdan, W.S. Eldin // *J Egypt Public Health Assoc.* – 2019. – № 14 – P. 19.

157. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015 / G.A. Roth, C. Johnson, A. Abajobir [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology.* – 2017. – Vol. 70, № 1. – P. 1-25.

158. Gosadi, I.M. Utilization of evidence-based guidelines for prevention of obesity and hypercholesterolemia among primary healthcare physicians in southwest of Saudi Arabia / I.M. Gosadi // *Medicine (Baltimore).* – 2021 – № 10 – P. 28152.

159. Hypertension types defined by clinic and ambulatory blood pressure in 14 143 patients referred to hypertension clinics worldwide. Data from the ARTEMIS study / S. Omboni, D. Aristizabal, A. De la Sierra [et al.] // *Journal of hypertension.* – 2016. – Vol. 34, № 11. – P. 2187-2198.

160. Impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers / N. Gupta, S. Dhamija, J. Patil, B. Chaudhari // *Industrial psychiatry journal.* – 2021. – Vol. 30, № Suppl 1. – P. S282-S284.

161. Impact of smoking on cardiovascular risk and premature ageing: Findings from the STANISLAS cohort / T. Rastogi, N. Girerd, Z. Lamiral [et al.] // *Atherosclerosis.* – 2022. – Vol. 346. – P. 1-9.

162. Implementing Lifestyle Medicine Education in a New Public Health and General Preventive Medicine Residency Program / J.H. Bidwell, E. Dent, F. Lewis, J.R. Mann // *Public Health Manag Pract.* – 2023. – № 27 – P. 146-150.

163. Kushner, R. The Importance of Healthy Living and Defining Lifestyle Medicine / R. Kushner, J. Mechanick // *Lifestyle Medicine. A Manual for Clinical Practice.* – Springer, 2016. – URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-24687-1_2 (accessed 17.02.2026).

164. Landsbergis, P.A. Working conditions and masked hypertension / P.A. Landsbergis, A. Travis, P.L. Schnall // *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention.* – 2013. – Vol. 20. – P. 69-76.

165. Lianov, L.A Powerful Antidote to Physician Burnout: Intensive Healthy Lifestyle and Positive Psychology Approaches / L.A. Lianov // *Am J Lifestyle Med.* – 2021. – № 5 – P. 563-566.

166. Lieras-Muney, A. The relationship between education and adult mortality in the United States / A. Lieras-Muney // *Rev. Econ. Studies.* – 2005. – № 72. – P. 189-221.

167. Lifestyle as Medicine : The Case for a True Health Initiative / D.L. Katz, E.P. Frates, J.P. Bonnet [et al.] // *Am J Health Promot.* – 2017. – № 6 – P. 1452-1458.

168. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics : from cell to community / M. Sagner, D. Katz, G. Egger [et al.] // *Int J Clin Pract.* – 2014. – № 11. – P. 1289-1292.

169. Lindeman, S. A systematic review on genderspecific suicide mortality in medical doctors / S. Lindeman, E. Laara, H. Hakko [et al.] // *Br. J. Psychiatr.* – 1996. – № 168. – P. 9.

170. Medical student lifestyle counselling for non-communicable disease: impact on students' competence and patients' health behaviors / L. Malatskey, J. Essa-Hadad, R. Eldar [et al.] // *Isr J Health Policy Res.* – 2022 – № 11 – P. 23.

171. Medical Student Perception of Lifestyle Medicine and Willingness to Engage in Lifestyle Counseling: A Pilot Study of Allopathic and Osteopathic Medical Students / J.S. Lee, I.M. Xierali, P.A. Jaini [et al.] // *Am J Lifestyle Med.* – 2021. – № 2 – P. 280-289.

172. Medical Training to Achieve Competency in Lifestyle Counseling : An Essential Foundation for Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases and Other Chronic Medical Conditions: A Scientific Statement from the American Heart Association / M.F. Hivert, R. Arena, D.E. Forman [et al.] // *Circulation*. – 2016. – № 15. – P. 308-327.

173. Medscape Lifestyle report 2017 Race and Ethnicity, Bias and Burnout. General Surgery. – 2017. – URL: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/> (accessed 18.02.2026).

174. Merlo, G. Physician Burnout: A Lifestyle Medicine Perspective / G. Merlo // J. Rippe. – 2020. – № 2 – P. 148-157.

175. Mondala, M.M. Catalysts for Change: Accelerating the Lifestyle Medicine Movement Through Professionals in Training / M.M. Mondala, D. Sannidhi // *Am J Lifestyle Med*. – 2019. – № 5 – P. 487-494.

176. Monitoring of health care personnel employee and occupational health immunization program practices in the United States / M. Ruth, N. Sorrells, K. Westhusing, T. Wiemken // *American Journal of Infection Control*. – 2014. – Vol. 42, – P. 66-68.

177. Morris, G.P. Anaesthesia and Fatigue : An Analysis of the First 10 Years of the Australian Incident Monitoring Study 1987-1997 / G.P. Morris, R.W. Morris // *Anaesth Intensive Care*. – 2000. – Vol. 28, № 3. – P. 300-304.

178. Mortality among Norwegian medical doctors 1960-2000 / Olaf G. Aasland, Erlend Hem, Tor Haldorsen, Øivind Ekeberg // *BMC Public Health*. – 2011. – № 11. – P. 173.

179. Mortality among Surgeons in the United States / V.R. Patel, S.A. Stearns, M. Liu [et al] // *JAMA Surgery*. – 2025. – Vol. 160. – P. 1032-1034.

180. Mortality of doctors : do doctors benefit from medical knowledge / A. Rimpela, M. Nurminen, P. Pukkinen [et al.] // *Lancet*. – 1987. – № 1. – P. 6.

181. Németh, A. Health behaviour of doctors / A. Németh // *Orvosi Hetilap*. – 2016. – Vol. 157, № 30. – P. 1198-1206.

182. Olson, E.J. Sleep Deprivation, Physician Performance, and Patient Safety / E.J. Olson, L.A. Drage, R.R. Auger // *Chest*. – 2009. – Vol. 136. – № 5. – P. 1389-1396.
183. Perceived barriers of tobacco dependence treatment : a mixed-methods study among primary healthcare physicians in Armenia / A. Harutyunyan, A. Abrahamyan, V. Hayrumyan, V. Petrosyan // *Prim Health Care Res Dev*. – 2019. – № 20 – P. 17.
184. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic : A systematic review and meta-analysis / S. Pappa, V. Ntella, T. Giannakas [et al.] // *Brain, Behavior and Immunity* – 2020. – Vol. 88. – P. 901-907.
185. Prioritized Research for the Prevention, Treatment, and Reversal of Chronic Disease: Recommendations From the Lifestyle Medicine Research Summit / Y. Vodovotz, N. Barnard, F.B. Hu [et al.] // *Front Med (Lausanne)*. – 2020. – № 22 – P. 585744.
186. Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic / Z. Tan, D.W.S. Khoo, L.A. Zeng [et al.] // *Journal of Global Health*. – 2020. – Vol. 10, № 1. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242895/> (accessed: 13.10.2024).
187. Rippe, J.M. Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices / J.M. Rippe // *J Lifestyle Med*. – 2018. – № 6 – P. 499-512.
188. Rippe, J.M. Lifestyle Strategies for Risk Factor Reduction, Prevention, and Treatment of Cardiovascular Disease / J.M. Rippe // *Am J Lifestyle Med*. – 2018 – № 2. – P. 200-212.
189. Stanton, A.G. Primer of Biostatistics / A.G. Stanton. – 7th ed. – New York: McGraw-Hill, 2012. – P. 84-86.
190. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population / B. Arnetz, L. Horte, A. Hedberg [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand*. – 1987. – № 75. – P. 43.
191. Tengland P.A. The concept of work ability / P.A. Tengland // *J. Occup. Rehabil*. – 2011. – № 21 (2). – P. 275–285.

192. Tuomi K. Eleven-year follow-up of aging workers / K. Tuomi // *Scand. J. Work Environ. Health.* – 1997. – № 23. – Suppl. 1. – P. 1–71.
193. Van den Berg S. Influence of multimorbidity and socioeconomic status on the risk and duration of sickness absence / S. van den Berg, A. Burdorf, L. A. M. Elders // *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* – 2011. – № 8. – P. 863-869.
194. Vegetative Maintenance Of Activity In Changed Living Conditions Of Over-50 Population / G.A. Sevriukova, I.V. Khvastunova, S.A. Schmidt, R.E. Akhundova // *International Conference on Economic and Social Trends for Sustainability of Modern Society.* – Krasnoyarsk, 2020. – P. 1613-1619.
195. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev : an observational study / T. Carmi-Iluz, R. Peleg, T. Freud, P. Shvartzman // *BMC Health Serv Res.* – 2005. – Vol. 5, № 1. – P. 54.
196. Wilson, J.L. Clinical perspective on stress, cortisol and adrenal fatigue / J.L. Wilson // *Advances in Integrative Medicine.* – 2014. – Vol. 1, № 2. – P. 93-96.
197. Work Ability Index / K. Tuomi, J. Ilmarinen, A. Jahkola, L. Katajarinne, A. Tulkki. – 2nd ed. – Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998.
198. Yurt, A. Evaluation of awareness on radiation protection and knowledge about radiological examinations in healthcare professionals who use ionized radiation at work / A. Yurt, B. Çavuşoğlu, T. Günay // *Mol Imaging Radionucl Ther.* – 2014. – Vol. 23, № 2. – P. 48-53.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

%	–	процент
©	–	знак охраны авторского права
№	–	номер
P	–	вероятность
Me	–	медиана
Q1	–	нижний квартиль
Q3	–	верхний квартиль
WHOQOL-BREF	–	world health organization quality of life-brief
абс	–	абсолютная величина
БОД	–	болезни органов дыхания
БСК	–	болезни системы кровообращения
ВАК	–	высшая аттестационная комиссия
ВО	–	высшее образование
ВОЗ	–	всемирная организация здравоохранения
ГМУ	–	государственный медицинский университет
ДИ	–	доверительный интервал
ЖКТ	–	желудочно-кишечный тракт
ЗНО	–	злокачественные новообразования
ЗОЖ	–	здоровый образ жизни
КГМУ	–	Казанский государственный медицинский университет
МКБ	–	Международная классификация болезней
МОНИКИ	–	Московский областной научно-исследовательский клинический институт
ООО	–	общество с ограниченной ответственностью
ОРВИ	–	острая респираторная вирусная инфекция
РС	–	работоспособность

РТ	– Республика Татарстан
РФ	– Российская Федерация
СЗФО	– северо-западный федеральный округ
СПВ	– синдром профессионального выгорания
ССМП	– станция скорой медицинской помощи
ФГБОУ	– федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
ФЗ	– Федеральный закон
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ЦФО	– центральный федеральный округ

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 2.1	–	Этапы, объем, материалы и методы исследования.....	33
Таблица 2.1	–	Определение необходимого объема выборки по методике К.А. Отдельновой.....	37
Таблица 2.2	–	Пример таблицы сопряженности.....	39
Таблица 3.1	–	Половозрастная структура врачей РТ предпенсионного возраста за 2018 год.....	41
Таблица 3.2	–	Динамика численности врачей-мужчин (55-64) и женщин (50-59) предпенсионного возраста за 2018 - 2022 годы (абс.) и их доля (в %)......	42
Рисунок 3.1	–	Показатели смертности среди врачей в возрастных группах мужчин 55-64 года и женщин 50-59 лет в Республике Татарстан и среди населения в этих же возрастных группах за 2018-2022 годы (на 100 тысяч врачей соответствующей возрастной группы и населения).....	43
Таблица 3.3	–	Динамика коэффициента смертности врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста).....	44
Таблица 3.4	–	Общие коэффициенты смертности в зависимости от основных причин смерти (нозологических форм заболеваний) среди врачей предпенсионного возраста (на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	45

Таблица 3.5	– Общие коэффициенты смертности врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018 - 2022 год в зависимости от занимаемой должности (абс. и на 100 тысяч врачей соответствующей врачебной специальности).....	47
Рисунок 3.2	– Средний стаж врачей предпенсионного возраста по специальностям на момент смерти в Республике Татарстан.....	48
Рисунок 3.3	– Динамика коэффициента распространенности болезней врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (на 1 000 врачей соответствующего возраста).....	49
Таблица 3.6	– Коэффициент распространенности болезней врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы в возрастных группах (в случаях на 1000 врачей соответствующей возрастной группы).....	50
Рисунок 3.4	– Коэффициент распространенности болезней врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы за 2018-2022 годы (на 1000 врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	51
Рисунок 3.5	– Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (в случаях на 1 000 врачей-мужчин и женщин соответствующего возраста).....	52

Рисунок 3.6	– Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-мужчин предпенсионного возраста (в случаях на 1 000 врачей-мужчин соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	53
Рисунок 3.7	– Динамика коэффициента первичной заболеваемости среди врачей-женщин предпенсионного возраста (в случаях на 1 000 врачей-женщин соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	53
Рисунок 3.8	– Коэффициент первичной заболеваемости врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы за 2018-2022 годы (на 1 000 врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	54
Таблица 3.7	– Структура общей заболеваемости по классам болезней среди врачей предпенсионного возраста (в случаях абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	55
Таблица 3.8	– Структура первичной заболеваемости по классам болезней среди врачей предпенсионного возраста (в случаях абс. и на 100 тысяч врачей соответствующего возраста) в Республике Татарстан.....	58
Таблица 3.9	– Показатели охвата диспансеризацией врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч врачей предпенсионного возраста).....	60
Таблица 3.10	– Показатели диспансеризации врачей-мужчин и женщин предпенсионного возраста в Республике Татарстан по возрастным группам за 2018-2022 годы (на 100 тысяч).....	61

Рисунок 3.9	– Доля прошедших диспансеризацию врачей предпенсионного возраста в зависимости от места работы по основной должности за 2018-2022 годы в Республике Татарстан.....	62
Таблица 3.11	– Показатель среднего стажа работы врачей предпенсионного возраста прошедших диспансеризацию в зависимости от места работы за 2018-2022 годы в Республике Татарстан.....	62
Таблица 3.12	– Показатели диспансеризации врачей предпенсионного возраста в разрезе врачебных должностей за 2018-2022 годы в Республике Татарстан (на 100 тысяч).....	63
Рисунок 3.10	– Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 50-54 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ).....	64
Рисунок 3.11	– Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 55-59 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ).....	65
Рисунок 3.12	– Показатель патологической пораженности по результатам проведенной диспансеризации у врачей 60-64 лет Республики Татарстан за 2018-2022 годы (на 100 тысяч соответствующая возрастным группам, по классам болезней в соответствии с МКБ).....	66
Таблица 4.1	– Структура респондентов, в разрезе врачебных специальностей, принявших участие в опросе.....	68

Таблица 4.2	– Показатель состояния здоровья врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста согласно их самооценке (абс, %)	69
Таблица 4.3	– Показатель состояния здоровья врачей-предпенсионеров сейчас по сравнению с тем, что было год назад в зависимости от пола и возраста согласно их самооценке (абс, %)	70
Таблица 4.4	– Показатель обращаемости за медицинской помощью врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста (абс, %)	70
Таблица 4.5	– Показатель удовлетворенности медицинским обслуживанием врачей-предпенсионеров в зависимости от пола и возраста (абс, %)	71
Таблица 4.6	– Показатель степени нуждаемости в медицинской помощи врачей-предпенсионеров для нормального функционирования в своей повседневной жизни (абс, %)	72
Таблица 4.7	– Доля врачей, обращающихся за медицинской помощью к другим врачам-специалистам (абс, %)	72
Таблица 4.8	– Оценка показателя охвата диспансеризации врачей предпенсионного возраста (абс, %)	73
Таблица 4.9	– Оценка состояния здоровья врачей предпенсионного возраста, имеющих тревожно-депрессивные состояния и стресс в зависимости от пола (абс, %)	74
Таблица 4.10	– Оценка состояния трудоспособности врачей предпенсионного возраста (абс, %)	75
Таблица 4.11	– Оценка состояния трудоспособности врачей предпенсионного возраста, имеющих трудности в сосредоточенности выполняемой работы на рабочем месте в зависимости от пола и возраста (абс, %)	76

Таблица 4.12	–	Оценка состояния здоровья врачей предпенсионного возраста, имеющих проблемы с памятью (абс, %)	77
Таблица 4.13	–	Оценка качества жизни врачей предпенсионного возраста в зависимости от пола и возраста (абс, %)	78
Таблица 4.14	–	Оценка качества жизни (среди врачей и всего населения) предпенсионного возраста (абс, %)	79
Таблица 4.15	–	Показатель оценки удовлетворенности окружающей среды врачей предпенсионного возраста в зависимости от пола, возраста и должности (абс, %)	80
Таблица 5.1	–	Оценка респондентами в какой степени играет ключевую роль применение корпоративных программ для здоровьесбережения врачей (абс, %)	82
Таблица 5.2	–	Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях улучшения здоровья врачей (абс, %)	82
Таблица 5.3	–	Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях улучшения качества жизни врачей (абс, %)	83
Таблица 5.4	–	Ответы респондентов о применении ежегодных мероприятий в целях повышения трудоспособности врачей (абс, %)	84
Рисунок 5.1	–	Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста	88
Рисунок 5.2	–	Медико-организационные мероприятия при внедрении и реализации программы	89

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Карта электронного заочного анкетирования врачей предпенсионного возраста «состояние качества и образа, условий жизни и труда, состояния когнитивных функций, синдрома старения»

Для мужчин. Уважаемые коллеги!
Цель настоящего исследования заключается в разработке мероприятий медико-организационного характера по совершенствованию здоровьесбережения врачей и сохранения их эффективного профессионального долголетия.

* Данная анкета предоставлена для врачей мужчин.
Если вы женщина, перейдите пожалуйста по другой ссылке.
Укажите ваш пол

Мужской

* Возраст (в годах)

55-59

60-64

* Укажите вашу должность

Для женщин. "Уважаемые коллеги!
Цель настоящего исследования заключается в разработке мероприятий медико-организационного характера по совершенствованию здоровьесбережения врачей и сохранения их эффективного профессионального долголетия."

* Данная анкета предоставлена для врачей женщин.
Если вы мужчина, перейдите пожалуйста по другой ссылке.
Ваш пол:

Женский

* Возраст (в годах)

50-54

55-59

* Укажите вашу должность

* МОДУЛЬ 1. Опросник качества жизни ВОЗ

Примечание: Укажите, пожалуйста, один ответ!

1. Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 2. Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?

Очень не удовлетворен

Не удовлетворен

Ни то, ни другое

Удовлетворён

Очень удовлетворён

* 3. По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?"

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 4. В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 5. Насколько Вы довольны своей жизнью?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 6. Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 7.Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 8.Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 9.Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 10.Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 11.Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 12. Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 13. Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 14. В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?

Вовсе нет

Немного

Умеренно

В значительной степени

Чрезмерно

* 15. Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 16. Насколько Вы удовлетворены своим сном?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 17. Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 18. Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 19.Насколько Вы довольны собой?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 20.Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 21.Насколько Вы удовлетворены своею сексуальной жизнью?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 22.Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 23.Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 24.Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 25.Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?

Очень плохо

Плохо

Ни плохо, ни хорошо

Хорошо

Очень хорошо

* 26.Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?

Никогда

Изредка

Довольно часто

Очень часто

Всегда

* 27. Как часто Вы обращаетесь за медицинской помощью?

Раз в месяц

Раз в квартал

Раз в полугодие

Раз в год

Не обращаюсь

* 28. В какую медицинскую организацию вы обращаетесь за медицинской помощью?

Обращаюсь в свою поликлинику

Обращаюсь только в частные клиники

Не хожу в больницу, обращаюсь к коллегам

Не обращаюсь

* 29. Занимаетесь ли вы самолечением?

Да

Нет

* 30. Проходите ли вы диспансерное наблюдение?

Да, всегда прохожу

Редко, проходил 1-2 раза

Редко, проходил 2-3 раза

Никогда не прохожу

* МОДУЛЬ 2- «Когнитивный Скрининг».

Примечание: Укажите,пожалуйста, один ответ!

1. Оторвавшись от чтения, я не могу найти место, на котором остановился

Да

нет

* 2. Я пишу список дел, чтобы ничего не забыть

Да

Нет

* 3. Из-за забывчивости я пропускаю важные встречи

Да

Нет

* 4. Я забываю перезванивать

Да

Нет

* 5. Мне бывает трудно вставить ключ в замочную скважину

Да

Нет

* 6. Я забываю сделать то, что запланировал

Да

Нет

* 7. Я забываю имена и фамилии знакомых людей

Да

Нет

* 8. Мне трудно сосредоточиться на работе, которую делаю

Да

Нет

* 9. Мне трудно пересказать содержание только что просмотренной телепередачи

Да

Нет

* 10. Мне трудно выражать мысли

Да

Нет

* МОДУЛЬ 3 - скрининг преждевременного старения

Опросник «Возраст не помеха». Для предварительного выявления синдрома старческой астении (СА) в России для скрининга разработан и валидирован опросник "Возраст не помеха". Он включает 7 вопросов, касающихся потери веса, сенсорных дефицитов.

Примечание: Укажите, пожалуйста, один ответ!

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев беспричинно?

Да

Нет

* 2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?

Да

Нет

- * 3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?

Да

Нет

- * 4. Чувствуете ли Вы себя беспричинно подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?

Да

Нет

- * 5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?

Да

Нет

- * 6. Страдаете ли Вы недержанием мочи?

Да

Нет

- * 7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)

Да

Нет

- * Гериатрическая шкала депрессии (Шкала разработана в начале 1980-х учеными из Стэнфорда (США), широко используется в гериатрической практике во всем мире., валидирована в России в середине 1990-х годов в виде короткой версии)

Примечание: Укажите, пожалуйста, один ответ!

1. В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?

Да

Нет

- * 2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?

Да

Нет

- * 3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?

Да

Нет

- * 4. Вам часто становится скучно?

Да

Нет

- * 5. У вас хорошее настроение большую часть времени?

Да

Нет

* 6. Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?

Да

Нет

* 7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?

Да

Нет

* 8. Вы чувствуете себя беспомощным?

Да

Нет

* 9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?

Да

Нет

* 10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?

Да

Нет

* МОДУЛЬ 4 -«КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ)

Примечание: Укажите, пожалуйста, один ответ!

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

Отличное

Очень хорошее

Хорошее

Посредственное

Плохое

* 2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад.

Значительно лучше, чем год назад

Несколько лучше, чем год назад

Примерно так же, как год назад

Несколько хуже, чем год назад

Гораздо хуже, чем год назад

* 3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок?

А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Совсем не ограничивает

* В. Поднять или нести сумку с продуктами.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Совсем не ограничивает

* Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* Ж. Пройти расстояние более одного километра.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* З. Пройти расстояние в несколько кварталов.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* К. Самостоятельно вымыться, одеться.

Да, значительно ограничивает

Да, немного ограничивает

Нет, совсем не ограничивает

* 4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.

Выполнили меньше, чем хотели.

Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.

Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).

* 5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.

Выполнили меньше, чем хотели.

Выполнили свою работу или другие.

Делал(а) не так аккуратно, как обычно

* 6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

Совсем не мешало

Немного

Умеренно

Сильно

Очень сильно

* 7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

Совсем не испытывал(а)

Очень слабую

Слабую

Умеренную

Сильную

Очень сильную

* 8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

Совсем не мешала

Немного

Умеренно

Сильно

Очень сильно

* По вашему мнению, у вас отличное здоровье? (оцените в баллах)

1

2

3

4

5

Отправить

«Карта изучения вопросов оздоровления врачей предпенсионного возраста в планах и программах медицинских организаций»

Уважаемые коллеги!

Цель настоящего исследования заключается в разработке мероприятий медико-организационного характера по совершенствованию здоровьесбережения врачей и сохранения их эффективного профессионального долголетия.

Информация, полученная в ходе исследования, является конфиденциальной и будет использоваться только в научных целях. Мы будем Вам очень признательны, если Вы ответите на вопросы!

Время прохождения опроса составит около 10-15 мин.

Укажите Вашу медицинскую организацию:

1. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа «Укрепление здоровья на рабочем месте»? *(Выявление и коррекция факторов риска ХНИЗ, Выявление заболеваний на ранних стадиях, проведение оздоровительных и реабилитационных мероприятий, создание благоприятной и здоровой среды на рабочем месте, информационного пространства о здоровом образе жизни)*

1) да

2) нет

2. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

3. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией «Профилактика потребления табака»? *(Мотивирование сотрудников к отказу от курения и создание условий для отказа от курения, установление на территории организации в местах общего пользования размещаются знаки, запрещающие курение, оформление мест отдыха и общего пользования здоровыми альтернативами курению: дартс, логические игры и т.п.)*

1) да

2) нет

4. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

5. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа «Снижение потребления алкоголя с вредными последствиями»? *(Организация анкетирования сотрудников на злоупотребление алкоголем, консультативной помощи по вопросам, связанным с риском пагубного употребления алкоголя, коммуникационная кампания по повышению осведомленности в отношении алкоголя)*

1) да

2) нет

6. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

7. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа «Здоровое питание на рабочем месте»? *(Обеспечение выбора продуктов и блюд для здорового питания на всех площадках и мероприятиях компании, введение в меню информационной маркировки «Здоровое питание» на блюда и напитки, ограничение на территории предприятия продажи продуктов с высоким содержанием соли, сахара и насыщенных жиров.)*

1) да

2) нет

8. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

9. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа «ПоВышение физической активности»? *(Оценка уровня физической активности и тренированности работников, формирование мотивации работников на поВышение двигательной активности)*

1) да

2) нет

10. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

11. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа «Сохранение психологического здоровья и благополучия»? *(Информирование сотрудников о способах профилактики синдрома эмоционального Выгорания, путях борьбы со стрессом; способствовать развитию способности предотвращать и разрешать конфликтные ситуации)*

1) да

2) нет

12. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

1) да

2) нет

13. Разработана и реализуется ли Вашей медицинской организацией корпоративная программа, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний? *(Спортивные мероприятия, соревнования, пробеги между сотрудниками МО и членами их семей; поощрения за занятия в секциях, фитнес-клубах со стороны руководства; оборудование помещения для проведения ЛФК и массажа на рабочем месте)*

1) да

2) нет

14. Как Вы считаете, эффективна ли данная программа для сотрудников?

- 1) да
- 2) нет

15. Есть ли другие разработанные и принятые программы Вашей организацией?

- 1) да
- 2) нет

16. Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях улучшения здоровья врачей?

- 1) профилактические осмотры
- 2) активное прохождение диспансеризации
- 3) приобретение санаторно-курортных путевок
- 4) наличие базы отдыха и направление врачей
- 5) приобретение абонементов в фитнес центры
- 6) физкультурно-оздоровительные мероприятия

Другой

ответ: _____

17. Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях улучшения качества жизни врачей:

- 1) социальная поддержка для врачей
- 2) повышение жизненной активности врачей
- 3) поддержание психического здоровья
- 4) повышение медицинской активности

Другой

ответ: _____

18. Какие мероприятия ежегодно проводятся в целях повышения трудоспособности врачей:

- 1) материальное стимулирование
- 2) создание благоприятных, безопасных условий труда
- 3) создание доверительных отношений в коллективе, с руководством
- 4) организация централизованного питания
- 5) поощрения (в том числе нематериальные)
- 6) строгое соблюдение режима труда

Другой

ответ: _____

19. Как Вы считаете, играет ли ключевую роль применение корпоративных программ для здоровьесбережения врачей?

- 1) Да
- 2) Нет

**Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях
«МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО»**

Предложенная модельная программа структурирована на три ключевых раздела, каждый из которых фокусируется на жизненно важном аспекте благополучия врачей предпенсионного возраста:

- Раздел 1: Здоровье – Нацелен на сохранение и укрепление физического и психического здоровья врачей.
- Раздел 2: Трудоспособность – Ориентирован на поддержание и повышение профессиональной эффективности и функциональных возможностей.
- Раздел 3: Качество жизни – Посвящен улучшению общего благополучия, гармонии между работой и личной жизнью, а также социальной реализации.

В разделе 4 представлена концепция управления реализацией модельной программы.

Раздел 1. Здоровье врачей.

Цель программы: сохранить и укрепить здоровье врачей.

Задачи:

- Снизить смертность, заболеваемость болезнями системы кровообращения, эндокринными и онкологическими болезнями.
- Повысить охват ежегодной диспансеризацией.
- Разработать и реализовать комплекс мероприятий, направленных на снижение уровня самолечения среди сотрудников и повысить доступность квалифицированной медицинской помощи.
- Снизить уровень депрессии и эмоционального выгорания.

Направления программы:

1. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями

2. *Борьба с онкологическими заболеваниями*
3. *Борьба с эндокринологическими заболеваниями*
4. *Повышение охвата диспансеризацией*
5. *Борьба с самолечением*
6. *Ментальное здоровье*
7. *Формирование ЗОЖ*

Основные мероприятия.

1. Борьба с болезнями системы кровообращения

- **Профилактика и раннее выявление**
 - Диспансеризация и профилактические осмотры:
Ежегодные обследования с измерением АД, уровня холестерина, глюкозы, ЭКГ. Акцент на группы риска (возраст 40+).
 - Скрининговые программы:
Выявление гипертонии, атеросклероза, диабета на ранних стадиях.
Мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями.
- **Профилактика потребления табака**
 - Запрет курения на территории медицинской организации (включая открытую территорию);
 - Запрет потребления любых электронных сигарет, испарителей и устройств с нагреванием табака на территории медицинской организации;
 - Повышение информированности врачей о вредном воздействии табачного дыма и мотивирование к отказу от курения.
- **Снижение доли сотрудников с риском пагубного употребления алкоголя.**
 - Повысить осведомленность врачей о вреде, связанном с алкоголем и рисках, связанных с алкоголем.
 - Организация безалкогольных корпоративных мероприятий (Основная идея – показать людям, что алкоголь – это не обязательная часть праздника, что можно веселиться и без употребления алкогольных

напитков. Проведение такого праздника требует творческого подхода, и может осуществляться самостоятельно или с привлечением сторонних организаций).

2. Борьба с онкологическими заболеваниями

• Ранняя диагностика и скрининг

○ Всеобщая диспансеризация:

Включение в ежегодные осмотры тестов на онкомаркеры, маммографии (для женщин 40+), КТ лёгких (для курильщиков), ПСА-теста (для мужчин 45+).

○ Целевые скрининговые программы:

Для выявления рака шейки матки (жидкостная цитология), колоректального рака (анализ на скрытую кровь), меланомы.

○ Профилактика и информирование врачей:

Просветительские кампании, реклама ЗОЖ.

• Онконастороженность:

○ Для женщин: ежегодное УЗИ молочных желез, маммография, тест на онкомаркеры (СА-125, HE4).

○ Для мужчин: низкодозовая КТ легких (для курящих), колоноскопия.

3. Борьба с эндокринологическими заболеваниями

○ Ежеквартальный замер гликированного гемоглобина (HbA1c) для сотрудников с избыточной массой тела (при ИМТ более 24,9 кг/м²).

○ Бесплатные консультации эндокринолога и персональные планы питания для врачей с избыточной массой тела (при ИМТ более 24,9 кг/м²).

○ Анализ крови на уровень глюкозы.

○ Обеспечение системами непрерывного мониторинга глюкозы, страдающих диабетом первого типа и гестационным диабетом.

4. Повышение охвата диспансеризацией

• Прохождение диспансеризации на рабочем месте

- Организация диспансеризации непосредственно на рабочих местах позволит своевременно выявлять заболевания и поддерживать профессиональное долголетие врачей предпенсионного возраста.
- Рейтинговая система: отделения, где 100% сотрудников прошли диспансеризацию, получают стимулирующие выплаты.

5. Борьба с самолечением

- **Корпоративная телеграм-служба «Доктор рядом»:**
 - Регистрация сотрудников в телеграмм-службе.
 - Организация консультативного приема врачами узких специальностей.
- **Программа «Доверяй профессионалам»:**
 - Лекции о рисках самолечения с участием врачей, перенесших осложнения.

6. Ментальное здоровье.

- **Программа «Антистресс»:**
 - Онлайн-курсы по управлению стрессом с акцентом на профилактику когнитивных функций (школы активного долголетия с включением тестирования уровня когнитивных функций).
 - Арт-терапия и курсы рисования для снижения тревожности.
 - Создание благоприятной психоэмоциональной обстановки на рабочем месте: «Кружки благополучия» - открытые встречи с руководством (в индивидуальном или групповом формате), для обсуждения вопросов и проблем создания благоприятной среды.
 - Проведение стресс-ассессмента на рабочем месте. Для мониторинга стресса на рабочем месте используется психологическое тестирование и физиологические исследования. Психологические исследования – опросы, проводятся с использованием батареи сертифицированных компьютеризированных методов психологического тестирования или применением бланковых методов сбора данных (с предварительным получением информированного согласия). При физиологических исследованиях применяется комплекс методов, позволяющих дважды, в

начале и в конце рабочего дня, оценить функциональное состояние центральной нервной и сердечно-сосудистой систем.

7. Формирование здорового образа жизни

- **Персональные health-коучи:**
 - Составление индивидуальных программ по питанию, ЛФК и мониторингу хронических болезней (школы здорового образа жизни).
 - Обеспечение врачам в течение рабочего времени возможность приема пищи в отдельно отведенном помещении.
 - В соответствии с приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 28 июня 2023 года N 312 Об утверждении методики расчета показателя "Количество (доля) граждан, ведущих здоровый образ жизни" (поквартально) обеспечить мониторинг показателей:
 - отсутствие курения;
 - потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г;
 - адекватная физическая активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю);
 - нормальное (не выше 5,0 г NaCl в сутки) потребление соли; употребление алкоголя не более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 г - для женщин\

Ожидаемые результаты:

- Снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения, эндокринных и онкологических болезней:
 - на 15% за счет ранней диагностики к 2027 году;
 - на 25% за счет ранней диагностики к 2030 году.
- Увеличение охвата диспансеризацией до 100% к 2030 году.
- Уменьшение числа врачей с неконтролируемым диабетом на 10% на к 2027 году.

Раздел 2. Трудоспособность врачей.

Цель программы: улучшить профессиональную эффективность и снизить барьеры, связанные с физическим здоровьем, когнитивными нагрузками и доступом к информации, с учетом возрастных и гендерных особенностей.

Задачи:

- Повысить работоспособность врачей.
- Разработать рекомендации по внедрению методики повышения работоспособности сотрудников медицинских организаций.
- Обеспечить комфортные рабочие места для выполнения трудовых функций.

Направления:

- 1. Устранение физических препятствий для трудоспособности.*
- 2. Улучшение когнитивных функций и борьба с забывчивостью.*
- 3. Повышение доступности информации.*
- 4. Восполнение энергетических ресурсов.*
- 5. Поддержка трудоспособности врачей.*
- 6. Мониторинг и оценка.*

Основные мероприятия.

1. Устранение физических препятствий для выполнения трудовой деятельности

- **Индивидуальные эргономичные рабочие места:**
 - Анализ рабочих поз, замена мебели, предоставление ортопедических кресел (по возможности) и подставок для ног и мониторов компьютеров.
 - Для возрастных групп 50+ — установка антибликовых экранов и регулируемых столов.
- **Программы физической реабилитации:**
 - Организация физкультурной минутки на рабочих с целью снятия напряжения в теле (не менее 15 минут каждые 2 часа).
 - Обеспечение рабочих мест за компьютером схемой гимнастики для глаз.

- Бесплатный доступ к физиотерапии, массажу и ЛФК для врачей с хронической болью.
- Занятия по йоге и пилатесу для укрепления мышц спины и суставов.

2. Улучшение когнитивных функций.

• Когнитивные тренинги:

- Онлайн-курсы по развитию памяти и внимания (платформы типа BrainApps, NeuroNation).
- Еженедельные групповые занятия с врачом-специалистом для профилактики нарушений когнитивных функций для врачей.

• Внедрение цифровых инструментов:

- Корпоративные приложения с напоминаниями (например, Todoist, Trello) и синхронизацией с рабочим календарем или умные часы с функцией напоминаний для врачей.

• Рабочие чек-листы:

- Стандартизированные шаблоны для ежедневных задач, автоматически генерируемые в электронной системе медицинской организации.

3. Повышение доступности информации.

• Цифровая грамотность:

- Курсы по работе с электронными системами медицинской организации, мессенджерами и облачными сервисами.

• Централизованная информационная платформа:

- Единый портал с доступом к протоколам лечения, расписанию и новостям. Техподдержка 24/7.

4. Восполнение энергетических ресурсов

• Оптимизация нагрузки:

- Уменьшение количества ночных дежурств для сотрудников 55+.

• Коррекция рациона питания:

- Обеспечение выдачи врачам 1 раз в неделю витаминных соков/свежих фруктов/орехов и белковых батончиков при ежедневной активности (10 тыс. шагов и др.) в течение недели.

- Консультации нутрициолога для составления индивидуальных рационов.

- **Программы восстановления:**

- Корпоративный абонемент в фитнес-клубы с акцентом на кардиотренировки и йогу.

5. Поддержка трудоспособности врачей

- **Семинары по тайм-менеджменту:**

- Методики GTD (Getting Things Done) и матрица Эйзенхауэра
- Организация тренингов по планированию графика работы с расстановкой приоритетов.

6. Мониторинг и оценка трудоспособности

- **Ежеквартальные опросы:**

- Анализ динамики выполнения функциональных обязанностей (своевременность и качество выполнения задания)

Ожидаемые результаты:

- Снижение доли врачей с физической болью на 10% к 2026, на 25% к 2028, на 30% к 2030 году.
- Улучшение памяти у врачей на 10% к 2027 году, на 25% к 2030 году.
- Доступ к информации для всех сотрудников до 95% к 2035 году.
- Повышение уровня энергии на 70% на 2035 году.
- Снижение пропущенных встреч до 30% к 2035 году.

Раздел 3. Качество жизни врачей.

Цели программы: улучшение качества жизни врачей через комплекс мер, направленных на здоровье, баланс работы и личной жизни, социальную поддержку и профессиональное развитие, с учетом возрастных и гендерных особенностей.

Задачи:

- Повысить удовлетворенность жизнью через профессиональное признание и подготовку к пенсии.
- Восстановить энергетические ресурсы через оптимизацию труда и отдыха.

- Улучшить коммуникации внутри коллектива и в семьях врачей.

Направления:

- 1. Здоровье и профилактика возрастных проблем*
- 2. Поддержка врачей*
- 3. Укрепление личных взаимоотношений*

Основные мероприятия.

1. Здоровье и профилактика возрастных проблем

- **Ежегодные углубленные медосмотры** с акцентом на возрастные заболевания (кардиология, ортопедия, неврология, эндокринология).
- **Программы активного долголетия:** йога, ЛФК, бассейн с тренером для возрастных групп (60+).
- **Консультации гериатров** по вопросам возрастных изменений (от 60 лет).
- **Психотерапевтическая поддержка:** групповые сессии по управлению стрессом и профилактике выгорания.

2. Поддержка сотрудников

- **Менторские программы:** Врачи 55+ курируют молодых коллег, получая поощрения (по согласованию).
- **Семинары по финансовому планированию:** партнерство с банками для консультаций по пенсионным накоплениям.
- **Программа «Золотой фонд»:** ежегодные награды за вклад в медицину с премиями и публичным признанием.
- **Гибкий график:** возможность перехода на неполную занятость.

3. Укрепление личных взаимоотношений

- **Тренинги по коммуникациям:** курсы по управлению конфликтами и эмоциональному интеллекту.
- **Семейные мероприятия:** Пикники, мастер-классы, дни открытых дверей для семей врачей.
- **Психологическая помощь:** Анонимные чаты с психологами, группы поддержки для пар.

- **Корпоративный тимбилдинг:** Ежеквартальные выезды на природу с активностями (55-59 лет — отдельная группа)

Ожидаемые результаты:

- Улучшение качества жизни врачей через комплекс мер, направленных на здоровье, баланс работы и личной жизни, социальную поддержку и профессиональное развитие, с учетом возрастных и гендерных особенностей на 10% к 2030 году, на 25% к 2035 году.
- Повышение удовлетворенности жизнью у врачей на 10% к 2030 году.
- Восстановление энергетических ресурсов через оптимизацию труда и отдыха на 10% к 2030 году.
- Улучшение коммуникации внутри коллектива и в семьях врачей на 20% к 2030 году.

Раздел 4. Управление реализацией модельной программы.

1. Планирование ресурсов.

Примерный план реализации:

- Этап 1 (1 мес.): Сбор данных, утверждение бюджета.
- Этап 2 (3 мес.): Подбор команды.
- Этап 3 (6 мес.): Пилотный запуск (группа 10–15 человек).
- Этап 4 (1 мес.): Анализ результатов, корректировка.
- Этап 5 (1 год): Масштабирование на всю целевую аудиторию.

2. Контроль хода выполнения работ.

- Регулярный мониторинг выполнения задач
- **Еженедельные/ежемесячные отчеты** от ответственных лиц.
- Обратная связь от участников программы
- **Анкетирование и опросы:** проведение промежуточных опросов для оценки удовлетворенности.
- **Итоговый и промежуточный аудит**

- **Внешняя оценка:** привлечь независимых экспертов для аудита программы (например, оценка методик обучения или эффективности психологической поддержки).
- **SWOT-анализ:** проведение анализа сильных и слабых сторон программы каждые 3 месяца.

Таблица П2.1 – Оценка эффективности программы

Инструмент	Для чего используется
Google Forms / Yandex Forms	Сбор обратной связи от участников.
Excel / Google Sheets	Бюджет, график мероприятий.
Zoom / Microsoft Teams	Проведение онлайн-встреч и вебинаров с записью для последующего анализа.
Trello / Asana	Управление задачами и контроль дедлайнов.
Power BI / Tableau	Визуализация данных (участие, динамика здоровья, финансы).

3. Определение степени достижения результата.

Для повышения эффективности реализации проекта необходимо администрации медицинской организации назначить ответственного за его выполнение — доверенного врача. В обязанности доверенного врача входит ведение плана мероприятий и обеспечение контроля над его исполнением.

Раздел 5. Оценка эффективности программы.

В рамках реализации программы для определения ее эффективности необходимо вести следующую таблицу:

Таблица П2.2 – Оценка эффективности программы

Направление	Показатель	Как оценивать
Борьба с болезнями системы кровообращения	Количество работников, прошедших профилактические осмотры	

Продолжение таблицы П2.2

Направление	Показатель	Как оценивать
Борьба с болезнями системы кровообращения	Количество работников, бросивших курение табачных изделий или снизивших их потребление	Перед началом выполнения программы проводится опрос работников, включающих сбор данных о вредных привычках и планах отказа от них
	Количество работников, бросивших распитие алкогольных напитков или снизивших их потребление	
Борьба с онкологическими заболеваниями	Количество работников, прошедших профилактические осмотры	
Борьба с эндокринологическими заболеваниями	Количество работников, прошедших профилактические осмотры	
Повышение охвата диспансеризацией	Количество работников, прошедших диспансеризацию	
Борьба с самолечением	Количество работников, подписавшихся на телеграм-службу «Доктор рядом»	
	Количество работников, прошедших программу «Доверяй профессионалам»	
Ментальное здоровье	Количество работников, прошедших онлайн курсы по управлению стрессом \ арт терапию \ опросы	
Формирование здорового образа жизни	Количество работников, для которых составлена индивидуальные программы по питанию, ЛФК и мониторингу хронических болезней	
	Количество работников, ставших вести здоровый образ жизни	
Устранение физических препятствий для выполнения трудовой деятельности	Количество работников, для которых обустроены эргономичные рабочие места	
	Количество работников, для которых организованы программы физической реабилитации	

Продолжение таблицы П2.2

Направление	Показатель	Как оценивать
Улучшение когнитивных функций	Количество работников, для которых организованы когнитивные тренинги	
	Количество работников, для которых внедрены цифровые инструменты	
Повышение доступности информации	Количество работников, прошедших курсы цифровой грамотности	
	Организована ли централизованная информационная платформа	Да / Нет
Восполнение энергетических ресурсов	Произошло ли уменьшение количества ночных дежурств для сотрудников предпенсионного возраста	Да / Нет
Восполнение энергетических ресурсов	Количество работников, для которых скорректирован рацион питания	
Восполнение энергетических ресурсов	Количество работников, подключенных к программам восстановления	
Поддержка трудоспособности врачей	Количество работников, прошедших семинары по тайм-менеджменту	
Мониторинг и оценка трудоспособности	Проводятся ли ежеквартальные опросы по динамике выполнения функциональных обязанностей	Да / Нет
Здоровье и профилактика возрастных проблем	Количество работников, прошедших ежегодный углубленный осмотр	
	Количество работников, подключенных к программам активного долголетия	
	Количество работников, прошедших консультации гериатра	
	Количество работников, подключенных к программам психотерапевтической поддержки	
Поддержка сотрудников	Количество работников, ставших менторами для молодых коллег	
	Количество работников, прошедших семинары по финансовому планированию	
	Количество работников, подключенных к программе «Золотой фонд»	

Продолжение таблицы П2.2

Поддержка сотрудников	Количество работников, перешедших на гибкий график работы	
Укрепление личных взаимоотношений	Количество работников, прошедших тренинги по коммуникациям	
	Количество проведенных семейных мероприятий	
	Количество работников, подключенных к программам психологической помощи	
	Проводятся ли ежеквартальные тимбилдинги	Да / Нет

Таблица П2.3 – План мероприятий и обеспечение контроля над его исполнением доверенным врачом

№	Направление мероприятия	Проведенные мероприятия	Результат мероприятия	Дата проведения	Место проведения	Ответственный исполнитель
1. Здоровье врачей						
1	Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями					
2	Борьба с онкологическими заболеваниями					
3	Борьба с эндокринологическими заболеваниями					
4	Повышение охвата диспансеризацией					
5	Борьба с самолечением					
6	Ментальное здоровье					
7	Формирование ЗОЖ					
2. Трудоспособность врачей						
1	Устранение физических препятствий для трудоспособности					
2	Улучшение когнитивных функций и борьба с забывчивостью					

Продолжение таблицы П2.3

№	Направление мероприятия	Проведенные мероприятия	Результат мероприятия	Дата проведения	Место проведения	Ответственный исполнитель
3	Повышение доступности информации					
4	Восполнение энергетических ресурсов					
5	Поддержка возрастных врачей					
6	Мониторинг и оценка					
3. Качество жизни врачей						
1	Здоровье и профилактика возрастных проблем					
2	Поддержка врачей (55-65 лет)					
3	Укрепление личных взаимоотношений (5.8% — плохие, 29% — нейтральные)					

Акты внедрения

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВETERАНОВ ВОЙН»
г. КАЗАНИ
(ГАУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВETERАНОВ
ВОЙН» г. КАЗАНИ)



КАЗАН шәһ. «СУГЫШ
ВETERАННАРЫ ӨЧЕН ГОСПИТАЛЬ»
ДӘУЛӘТ АВТОНОМИЯЛЕ
СӘЛАМӘТЛЕК САКЛАУ УЧРЕЖДЕНИЕСЕ
(КАЗАН шәһ. «СУГЫШ ВETERАННАРЫ ӨЧЕН
ГОСПИТАЛЬ» ДАССУ)

420039, г. Казань, ул. Исаева, 5

420039, Казан шәһ., Исаев ур., 5

ОГРН 1021603277332 ИНН/КПП 1653009096/165801001

Телефон: (843) 560-53-86. E-mail: gvv.kazan@tatar.ru, http://www.kazanhospital.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов
войн» г. Казани
Фахрутдинов Ильдар Азатович

«15» мая 2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- Наименование предложения:** Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО».
- Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях.
- Эффект от внедрения:** Сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.
- Место и время внедрения метода:** ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани.
Время внедрения с 2026 года.
- Форма внедрения:** Модельная программа (методические рекомендации).
- Предложение авторское, внедрено впервые.**
- Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Заместитель главного врача
по медицинской части

Шакурова К.И.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
А. Ф. АГАФОНОВА



420140, г.Казань Проспект Победы, д. 83

СƏЛАМƏТЛЕК САКЛАУНЫҢ
ДӘУЛӘТ АВТОНОМИЯЛЕ
ОЕШМАСЫ
РЕСПУБЛИКА
ЙОҒЫШЛЫ АВЫРУЛАР КЛИНИК
ХАСТАХАНӘСЕ ПРОФЕССОР
А.Ф.АГАФАНОВ ИСЕМЕНДӘГЕ
420140, Казан шәһ., Жигү проспекты,
83 йорт

Телефон/факс: (843) 267-80-00 E-mail: rkib.mz@tatar.ru Http:// rkib-tatar.ru/

№ _____
На № _____

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГАУЗ «Республиканская
клиническая инфекционная больница им. проф.
А. Ф. Агафонова»
Багаутдинов Айдар Бакирович
«15» _____ 2026 г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. **Наименование предложения:** Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО».
2. **Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях.
3. **Эффект от внедрения:** Сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.
4. **Место и время внедрения метода:** ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница им. проф. А. Ф. Агафонова» г. Казани. Время внедрения с 2026 года.
5. **Форма внедрения:** Модельная программа (методические рекомендации).
6. **Предложение авторское, внедрено впервые.**
7. **Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Заместитель главного врача по медицинской части

П.Н. Емельянова

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ
СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»
(ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»)

420061, г. Казань, ул. Н. Ершова, д.65
нежилое помещение № 1001

Телефон: (843) 272-21-61 факс: (843) 272-45-77, E-mail: centre_spid@tatar.ru, сайт: www.infospid.ru

№ _____

На _____



СƏЛАМƏТЛЕК САКЛАУНЫҢ
ДӘУЛӘТ АΥТОНОМИЯЛЕ
ОЕШМАСЫ

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
СƏЛАМƏТЛЕК САКЛАУ
МИНИСТРЛЫГЫНЫҢ
СПИД ҺӘМ ЙОГЫШЛЫ
АВЫРУЛАР БЕЛӘН КӨРӘШҮ
ҺӘМ ПРОФИЛАКТИКА БУЕНЧА
РЕСПУБЛИКА ҮЗӘГЕ

420061, Казан шәһ., Н. Ершов ур., 65
1001 нче торак булмаган бина

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач
ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»
Галиуллин Нияз Ильясович
15. » январь 2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- Наименование предложения:** Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО».
- Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях.
- Эффект от внедрения:** Сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.
- Место и время внедрения метода:** ГАУЗ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан» г. Казани. Время внедрения с 2026 года.
- Форма внедрения:** Модельная программа (методические рекомендации).
- Предложение авторское, внедрено впервые.**
- Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Заместитель главного врача
по медицинской части

Бешимов А.Т.

Государственное автономное
учреждение здравоохранения
«Республиканская клиническая
офтальмологическая больница
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан
имени профессора Е.В. Адамюка»

420012, РТ г. Казань, ул. Бутлерова, 14



«Татарстан Республикасы
Сәламәтлек саклау министрлыгының
профессор Е.В. Адамюк исемендәге
Республика клиник
офтальмология хастаханәсе»
дәүләт автоном
сәламәтлек саклау учреждениесе

420012, ТР, Казан шәһәре., Бутлеров ур. 14

Телефон: (843) 528-01-01, факс: (843) 528-01-01, e-mail: rkob.rt@tatar.ru, сайт: http://rkob.ru

ИНН 1655028471, КПП 165501001, ОГРН 1021602834241

«Утверждаю»
Главный врач
ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка»
Р.Н. Файзуллина
«15» исебар 2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. **Наименование предложения:** модельная программа (методические рекомендации) по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО»;
2. **Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях;
3. **Эффект от внедрения:** сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста;
4. **Место и время внедрения метода:** ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан имени профессора Е.В. Адамюка» г. Казани. Время внедрения с 2026 года;
5. **Форма внедрения:** корпоративная программа, созданная на основе предложенной модельной программы;
6. **Предложение авторское, внедрено впервые;**
7. **Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Заместитель главного врача
по медицинской части

Назмутдинова Э.Д.



«УТВЕРЖДАЮ»

Министр здравоохранения Республики Татарстан

Абашев Альмир Рашидович

«15» января 2026г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- 1. Наименование предложения:** Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО».
- 2. Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях.
- 3. Эффект от внедрения:** Сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.
- 4. Место и время внедрения метода:** Медицинские организации Республики Татарстан.
Время внедрения- 1 квартал 2026 года.
- 5. Форма внедрения:** Модельная программа (методические рекомендации).
- 6. Предложение авторское, внедрено впервые.**
- 7. Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Первый заместитель министра здравоохранения
Республики Татарстан

Е.В. Демьянова

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения РТ» г.Казани



Уткельбаев Ренат Ильгизович
 15/11/2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. **Наименование предложения:** Модельная программа по сохранению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях «МОЕ ЗДОРОВЬЕ – МОЕ БОГАТСТВО».
2. **Краткая аннотация:** на основе анализа состояния здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в Республике Татарстан подготовлена модельная программа по сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста в медицинских организациях.
3. **Эффект от внедрения:** Сохранение и укрепление здоровья, трудоспособности и качества жизни врачей предпенсионного возраста.
4. **Место и время внедрения метода:** ГАУЗ «Республиканский клинический наркологический диспансер Министерства здравоохранения РТ» г. Казани. Время внедрения с 2026 года.
5. **Форма внедрения:** Модельная программа (методические рекомендации).
6. **Предложение авторское, внедрено впервые.**
7. **Авторы:** доктор медицинских наук, профессор А.А. Гильманов, старший преподаватель Д.Х. Нигматуллина.

Ответственный за внедрение:

Заместитель главного врача
 медицинской части

Хаева Р.Ф.