

На правах рукописи

Введенский Артем Игоревич

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПУТИ ЕЕ
СНИЖЕНИЯ У РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Москва, 2021 г.

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Научный руководитель: **Зудин Александр Борисович,**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Амлаев Карэн Робертович,**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Общественного здоровья и
здравоохранения, медицинской профилактики и
информатики с курсом ДПО, проректор
Ставропольского государственного медицинского
университета

Хмель Александр Анатольевич,
к.м.н., доцент,
доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения Московского
государственного медико-стоматологического
университета им. А.И. Евдокимова

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Курский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится « ____ » _____ 2021 г. в ____ часов на заседании
диссертационного совета Д 001.047.02 при ФГБНУ «Национальный научно-
исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» по
адресу: 105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБНУ «Национальный
научно-исследовательский институт общественного здоровья имени
Н.А. Семашко» по адресу: 105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1 и
на сайте <http://www.nriph.ru>.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2021 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Н.К. Гришина

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Трансформация социально-экономических отношений и проводимые на их фоне реформы в различных отраслях народного хозяйства (в том числе, и социальной сфере), неизбежно влияют на условия труда, быта и здоровье занятых в этих сферах граждан (Щепин О.П., 2011; Фомин Е.П., 2015; Зудин А.Б., Щепин В.О., 2016; Хабриев Р.У. и соавт., 2017; Прокофьева А.В., Лебедева-Несевря Н.А., 2018).

Наиболее крупными профессиональными группами, занятыми в социальной сфере, являются работники здравоохранения, образования, социальных служб, культуры. Следует отметить, что состав перечисленных профессиональных групп неоднороден. Так, сообщество педагогов и социальных работников также дифференцировано в зависимости от типов образовательных организаций (в том числе высшего образования), видов деятельности.

Помимо общих факторов нарушения здоровья, эта категория населения имеет ряд специфических факторов, связанных с особенностями профессиональной деятельности, определяющих, в частности, развитие профессионального выгорания (Спивак И.М., Бирюкова Е.Г., 2012; Лебедева-Несевря Н.А. и соавт., 2017).

В социальной сфере страны превалирует женская занятость. Поскольку здоровье граждан трудоспособного возраста относится к наиболее актуальным вопросам медицинской науки, это ориентирует ученых и организаторов здравоохранения на разработку дифференцированных программ профилактики болезней по гендерному признаку (Стародубов В.И., 2013; Линденбратен А.Л., Kickbusch I., 2012). В настоящее время здоровье населения Российской Федерации может быть охарактеризовано как неориентированное на здоровьесберегающие практики, связанное с повышенной психо-эмоциональной нагрузкой при низкой медицинской активности и осознанного самосохранительного поведения (Аброськина О.В., 2013; Яковлева Т.В., 2014; Бойцов С.А., 2016).

Здоровье лиц, занятых в социальной сфере, является барометром социально-ориентированной политики государства, а предотвратимость потерь здоровья от социально-значимых и хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) усилиями системы здравоохранения и собственным здоровьесберегающим поведением, превращает их в референтную группу для остального трудоспособного населения страны.

Стратегии государственной политики в сфере охраны здоровья населения в большинстве стран мира в настоящее время определяются эпидемией неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые становятся лидирующей причиной смертности и инвалидности, нанося существенный ущерб обществу (Aust B., 2012). Международный опыт свидетельствует о том, что обеспечить эффективный контроль распространением неинфекционных заболеваний (НИЗ), признающимися основной причиной смертности и инвалидности, можно осуществлять только с

помощью системной межведомственной работы, в основе которой должны лежать, с одной стороны, меры по совершенствованию системы здравоохранения – со стороны государства, а с другой - ответственное отношение к здоровью со стороны граждан (Caruso C., 2010; Burman R., 2014).

В связи с вышеизложенным, актуальной представляется разработка научно обоснованных мер по снижению потерь здоровья лиц трудоспособного возраста, занятых в системе образования, здравоохранения и оказания социальных услуг - самым многочисленным по количеству работающих сегменту социальной сферы, затрагивающих интересы практически всех слоев общества.

Степень разработанности проблемы. Проблема заболеваемости населения трудоспособного возраста исследуется в работах, посвященных охране здоровья работников разных отраслей и сфер народного хозяйства [Гурьянов М.С., 2011; Дьяченко В.Г., 2012; Бердяева И.А., 2012; Ершова Е.В., 2012; Денисенко В.С. 2014; Губанихина Е.В., 2014; Захаренков В.В., 2014; Гончаров В.К., 2017; Ивашова Ю.А. и соавт., 2018].

Актуальные вопросы здоровьесберегающего поведения и факторов риска затрагиваются в ряде публикаций отечественных авторов [С.В. Королёв и соавт., 2014; Кочеткова Е.Ф., 2015; Осик В.И., Лызарь О.Г., 2016; Шафранов-Куцев Г.Ф., 2017; Туарменский А.В., Туарменская А.В., 2018; Горячкина С.Ю., Палевская С.А., 2019].

Проблемам проведения диспансеризации работающего населения и медицинских профилактических осмотров работающего населения посвящены исследования Н.И. Измеровой и соавт. (2008); А.Л. Линденбратена и соавт. (2009); А.В. Концевой и соавт. (2014).

Вместе с тем, имеются лишь единичные работы, посвященные комплексному медико-социальному исследованию заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями и их предупреждению у работников, занятых в социальной сфере.

Цель: разработка комплекса научно-обоснованных мероприятий медико-социального и организационного характера по формированию здоровьесберегающего поведения, направленного на улучшение здоровья лиц, занятых в социальной сфере.

Задачи исследования:

1. Провести анализ нормативной правовой базы, на федеральном и региональном уровне регламентирующей вопросы охраны здоровья населения, и формирования у него мотивации здорового образа жизни.

2. Изучить и оценить показатели заболеваемости работников, занятых в социальной сфере, в субъекте Российской Федерации по данным обращаемости за медицинской помощью и диспансеризации; выявить общие и специфические тренды их заболеваемости с учетом гендерной дифференциации.

3. Изучить социально-гигиеническую характеристику и ее влияние на здоровье работников трудоспособного возраста с различными видами патологии и определить наиболее значимые факторы риска заболеваний у изучаемого контингента с учетом гендерной дифференциации.

4. Разработать комплекс мер по формированию здорового образа жизни, предупреждению хронических неинфекционных заболеваний и совершенствованию организации лечебно-профилактической помощи работникам социальной сферы в современных условиях.

Научная новизна исследования:

- проанализирована существующая нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы охраны здоровья населения и формирования у него мотивации здорового образа жизни, систематизированы выявленные недостатки;

- впервые проведено комплексное изучение заболеваемости работников социальной сферы по данным обращаемости и диспансеризации на материалах субъекта Центрального федерального округа Российской Федерации – Рязанской области; изучена социально-гигиеническая характеристика работников социальной сферы с позиции предотвратимости потерь здоровья от неинфекционных заболеваний и доказано, что социально-гигиенические и поведенческие особенности работников социальной сферы и состояние их здоровья могут служить отправными индикаторами медико-социальной эффективности диспансерного наблюдения;

- впервые на основе выявленных факторы повышенного риска нарушения здоровья работников социальной сферы с учетом гендерной дифференциации установлено, что особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников социальной сферы, уровень образования и информированности о факторах риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний не являются гарантией самосохранительного поведения и здорового образа жизни;

- научно обоснован комплекс мер медико-социального и организационного характера по формированию здорового образа жизни, профилактике хронических неинфекционных заболеваний и оптимизации профилактической помощи работникам социальной сферы, как референтной группы населения трудоспособного возраста, включающий мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний, повышение эффективности медицинских осмотров, совершенствование системы медицинской профилактики на рабочем месте.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что:

- исходные данные о результатах диспансеризации работников социальной сферы на примере образования, здравоохранения и оказания социальных услуг использованы в качестве

индикаторов оценки ситуации со здоровьесбережением населения трудоспособного возраста и трансформированы в дорожную карту диспансеризации в Рязанской области;

- на основании проведенного исследования подготовлено и направлено письмо в адрес Министерства здравоохранения и Министерства образования и молодежной политики Рязанской области с анализом итогов диспансеризации и предложениями по организации профилактической работы в подведомственных учреждениях с учетом гендерной дифференциации работников;

- разработаны методические рекомендации по организации здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний для размещения их на сайтах учреждений социальной сферы.

Методология и методы исследования. При работе над темой были использованы методы изучения и обобщения, медико-статистический, математический, аналитический, социологический, сравнительного анализа и др.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность и объективность полученных результатов подтверждается репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Необходимое число наблюдений, обеспечивающее достоверность полученных результатов, определялось по стандартной формуле репрезентативной выборки.

Положения, выносимые на защиту:

1. Существующая нормативная правовая база, регламентирующая на федеральном и региональном уровнях вопросы обеспечения охраны здоровья населения, формирования и развития у него мотивации здорового образа жизни, требует совершенствования.

2. Заболеваемость работников социальной сферы по данным обращаемости и профилактических осмотров с позиции предотвратимости потерь здоровья может служить индикаторами медицинской (снижение заболеваемости ХНИЗ), социальной (готовность изменить свой образ жизни) и экономической эффективности (снижение временной нетрудоспособности) диспансеризации.

3. Медико-социальная характеристика работников социальной сферы свидетельствует о том, что особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности, уровень образования и информированности о факторах риска возникновения ХНИЗ не являются гарантией самосохранительного поведения и здорового образа жизни. Работники социальной сферы подвержены более высокому уровню распространенности факторов риска для формирования неинфекционных заболеваний, чем в общей популяции населения, что необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий.

4. Комплекс мер по охране здоровья населения, занятого в различных отраслях социальной сферы, включает как общие, так и специфические формы профилактики неинфекционных заболеваний и направлен на формирование мотивации самосохранительного поведения, связанные с характером профессиональной деятельности и выявленными факторами риска.

Личный вклад автора. Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и задач, разработки методики исследования, так и при сборе первичных данных, проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

Публикации. По теме диссертации опубликована 21 печатная работа, в том числе 4 - в журналах SCOPUS и Web of Science, 7 - в журналах, рекомендуемых ВАК.

Результаты представленного научного исследования внедрены в практическую деятельность ряда медицинских организаций Рязанской области, а также в деятельность организаций, учреждений и предприятий социальной сферы.

Отдельные материалы диссертационного исследования также использованы, в учебном процессе при разработке циклов лекций и практических занятий для преподавания в системе базового и дополнительного профессионального образования в Рязанском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова, Российском университете дружбы народов, Тверском государственном медицинском университете.

Апробация работы. Материалы диссертации были представлены на: межрегиональной научной конференции с международным участием РязГМУ (Рязань, 2014); 17-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2013); 18-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2014); 19-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2015); 66-й годичной научно-практической конференции Таджикского ГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018); XXIX Международной научно-практической конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования» (Москва, 2019); XXXV международной научно-практической конференции «Научный форум: Медицина, биология и химия» (Москва, 2020); межотдельческой конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2020).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация соответствует паспорту специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение»:

- п. 2. «Разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структур заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп»;

- п. 3. «... разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи ...».

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 171 страницах машинописного текста и состоит из введения и пяти глав (обзор литературы, материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований), заключения, выводов, предложений, списка литературы. Работа иллюстрирована 27 рисунками, 26 таблицами. Библиографический указатель содержит 265 источников, из них 204 – отечественных и 61 – зарубежных авторов.

II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** указаны актуальность, цель, задачи исследования, представлены научная новизна и практическая значимость работы, а также положения, выносимые на защиту.

В **первой** главе представлен критический анализ отечественной и зарубежной литературы, касающейся здоровья работников социальной сферы как медико-социальной проблемы. Установлено, что одной из наиболее острых проблем здравоохранения Российской Федерации в современных условиях является высокий уровень и темпы роста заболеваемости, инвалидности и смертности населения трудоспособного возраста. В связи с этим вопрос разработки научно обоснованных подходов к снижению уровня заболеваемости лиц, занятых в социальной сфере (специалистов помогающих профессий), является весьма актуальным.

Во **второй** главе представлены план и программа исследования, дана характеристика базы исследования. **Объект исследования** – работники социальной сферы – сферы образования, здравоохранения и оказания социальных услуг. **Предмет исследования** – неинфекционная заболеваемость работников социальной сферы и пути ее снижения. **Единицы наблюдения:** научная публикация, нормативный правовой документ, работник социальной сферы среднего трудоспособного возраста.

Информационная база исследования включала в себя научные публикации российских и зарубежных авторов; официальные документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); официальные доклады Министерства здравоохранения Российской Федерации и Рязанской области о состоянии здоровья населения в России и в указанном регионе; базу Федеральной и региональной службы государственной статистики (Росстат и Рязаньстат); учетно-отчетную документацию; данные социологического опроса работников социальной

сферы Рязанской области; первичную медицинскую документацию на лиц, работающих в социальной сфере.

В работе использованы **методы** изучения и обобщения, медико-статистический, математический, аналитический, социологический, сравнительного анализа и др.

Разработанная **программа исследования** включала несколько последовательных этапов.

На первом этапе была осуществлена оценка степени разработанности проблемы заболеваемости и профилактики заболеваемости работников социальной сферы и определение программы исследования. Для этого анализу были подвергнуты научные литературные источники, опубликованные в период с 1990 по 2019 годы. Исследовались данные и выводы ученых относительно факторов риска здоровья работников социальной сферы, распространенности и профилактики неинфекционных заболеваний трудоспособного населения. Было определено, что разработка методов и технологий снижения распространенности заболеваемости лиц, занятых в социальной сфере, путем повышения мотивации к здоровому образу жизни, а также совершенствования медико-социальной и лечебно-профилактической помощи являются актуальными темами научных работ. Совокупность работников социальной сферы определена как референтная группа трудоспособного населения. С учетом этого была сформирована программа исследования, определены его цели и задачи, а также объекты, объем и методы исследования.

Второй этап исследования включал в себя мероприятия по оценке состояния здоровья работников социальной сферы Рязанской области, как по данным обращаемости, так и по результатам диспансеризации. Проводился анализ учетно-отчетных форм на предмет исследования демографических показателей Рязанской области за период 2009-2019 годы, включая показатели здоровья населения, а также деятельности учреждений здравоохранения региона. Проанализированы материалы работы экспертного совета Рязанской области по связи заболевания с профессией за период 2017-2018 гг. Полученные результаты сравнивались с соответствующими показателями по Центральному федеральному округу и по Российской Федерации в целом.

На третьем этапе по данным социологического опроса и результатам диспансеризации определяли медико-социальную характеристику работников социальной сферы и факторов риска потерь их здоровья. Проводился социологический опрос 935 работников социальной сферы, включая 358 человек (38,3%) занятых в сфере образования, 304 или 32,5% – здравоохранения и 273 или 29,2% – предоставления социальных услуг. Среди опрошенных преобладали женщины, которые составили 59,6% или 557 человек. Выкопировывались данные о заболеваниях из 935 медицинских карт амбулаторного больного и карт учета диспансеризации, а также 704 талонов на законченный случай временной нетрудоспособности

работников образования, здравоохранения и предоставления социальных услуг.

Четвертый этап включал анализ существующей законодательной базы, касающейся вопросов охраны здоровья населения, и формирования у него мотивации здорового образа жизни как по Российской Федерации в целом (13 документов), так и по Рязанской области (10 документов) за период 2001-2019 годы.

На заключительном, пятом этапе осуществлялась разработка предложений по формированию здорового образа жизни, предупреждению заболеваний и оптимизации медико-социальной помощи работникам социальной сферы в современных условиях.

Предварительно были определены методологические подходы к формированию системы мер по профилактике потерь здоровья работников социальной сферы, которые заключались в использовании:

- теоретического фундамента и передовых практик;
- в качестве цели выделение основных хронических болезней, таких как сердечно-сосудистые, онкологические, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет;
- небольшого числа факторов риска и причинных условий, которые являются общими для основных хронических заболеваний;
- научно обоснованного определения приоритетов и обоснование наиболее эффективных методов их выбора и внедрения в систему управления здравоохранением и прогнозирование направлений дальнейшего развития.
- системы методов построения технологических дорожных карт управления здоровьем работников социальной сферы.

Кроме оценки факторов риска потерь здоровья у работников социальной сферы по результатам диспансерного наблюдения и социологического исследования, а также контент-анализ нормативных правовых актов по Российской Федерации и Рязанской области были изучены программы региональных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний за период 1990-2019 годы.

С учетом полученных на предыдущих этапах данных, мероприятий медико-социального и организационного характера по социальной поддержке и снижению заболеваемости населения трудоспособного возраста была сформирована и предложена к внедрению Министерству здравоохранения Рязанской области дорожная карта, включающая систему мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у работников социальной сферы.

В третьей главе представлен анализ состояния здоровья населения Рязанской области трудоспособного возраста. Особое внимание уделено заболеваемости работников социальной

сферы по данным обращаемости и диспансеризации.

По состоянию на 1 января 2020 года в Рязанской области (РО) проживает 1,1088 млн. человек, что составляет 0,76% от общей численности населения Российской Федерации. Динамика изменения численности населения – отрицательная с ежегодным снижением на 0,43% ежегодно. Анализ данных официальной статистики показал, что в Рязанской области отмечается в целом постепенный рост заболеваемости населения – с 6513 чел. в 2009 г. до 7214,9 чел. на 1000 населения в 2019 г. (на 11,1%).

Анализ данных медицинской документации показал, что у работников социальной сферы, находящихся в трудоспособном возрасте, заболеваемость ниже, чем населения трудоспособного возраста в целом по Рязанской области – 441,6 против 689,4, соответственно, на 1000 человек.

В структуре общей заболеваемости работников социальной сферы, в исследуемом периоде наиболее значимые места занимали болезни системы кровообращения (19,1%) и болезни органов дыхания (18,5%) (рис. 1).

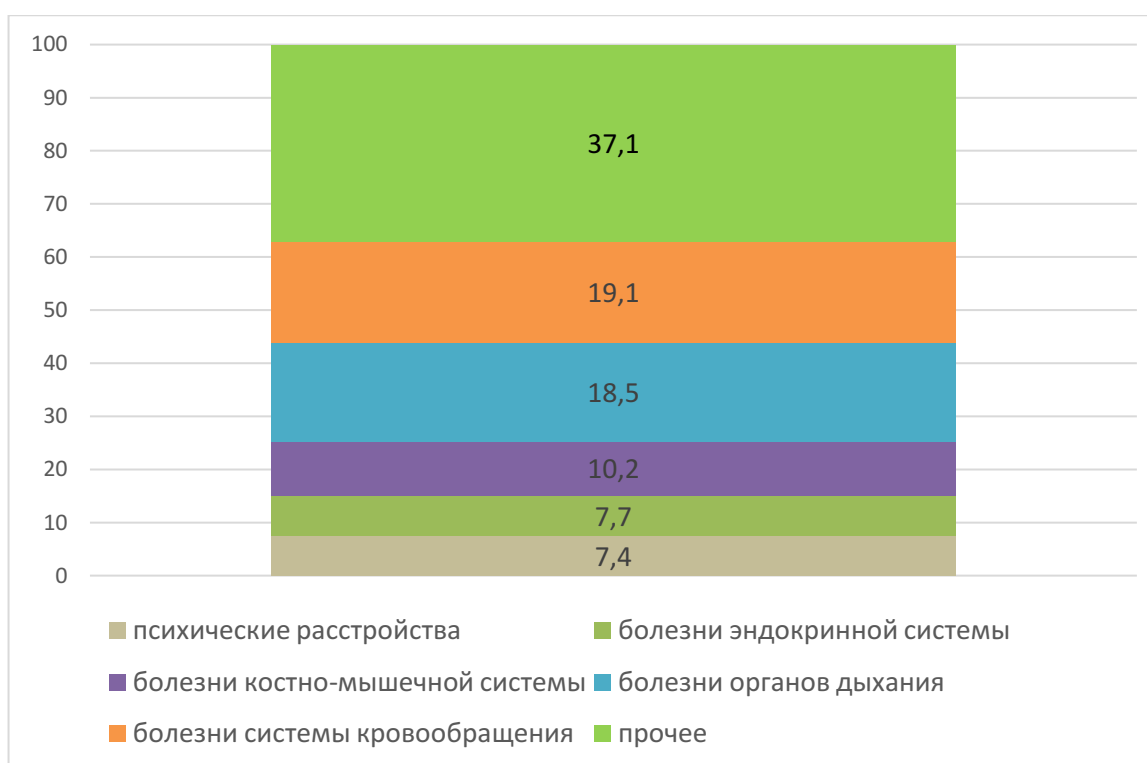


Рисунок 1. Структура общей заболеваемости по обращаемости работников социальной сферы (в %).

Структура первичной заболеваемости несколько иная. Если первое ранговое место занимают болезни органов дыхания, составляя более 40% (40,8%), то на втором месте находятся болезни системы кровообращения (9,8%), на третьем месте стоят осложнения беременности и родов (9,1%). Далее классы болезней располагаются в том же порядке с небольшими отклонениями (рис. 2).

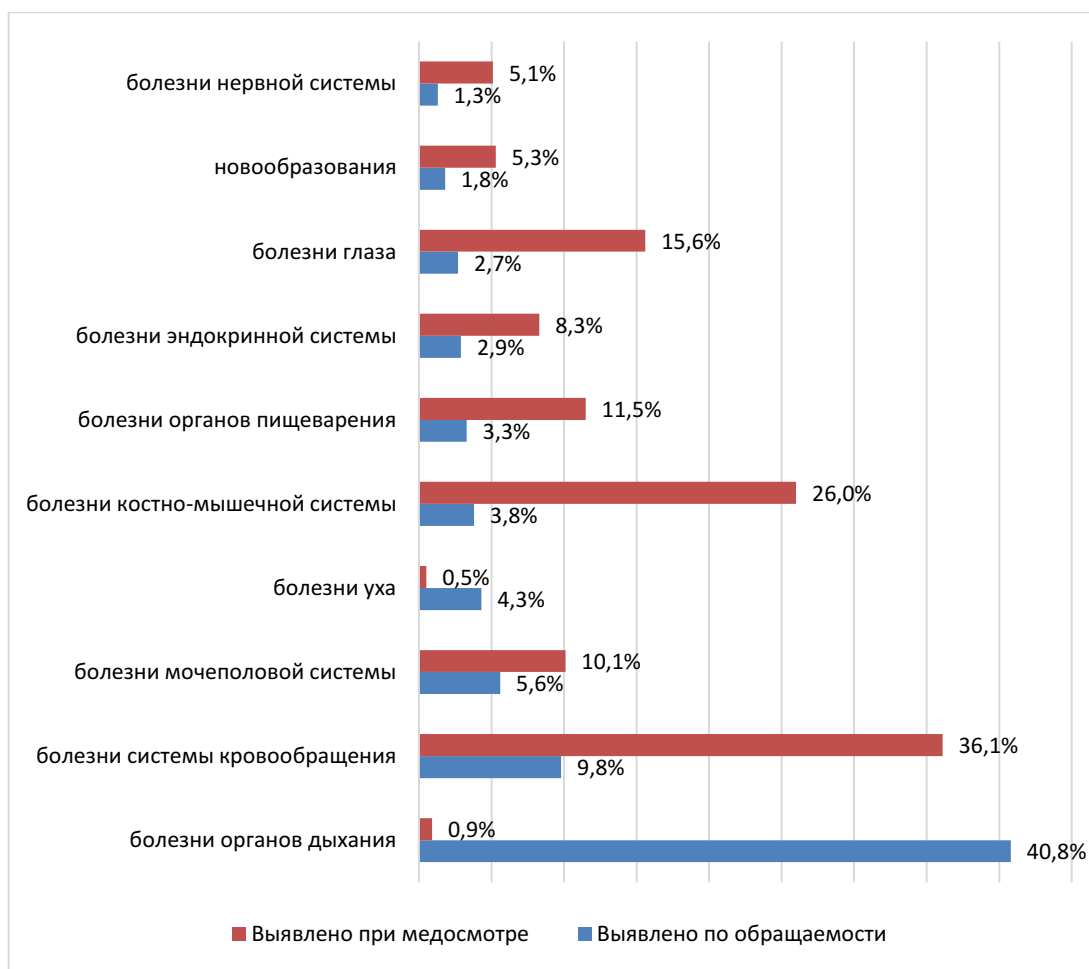


Рисунок 2. Структура первичной заболеваемости по обращаемости работников социальной сферы и по результатам диспансеризации.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) среди изучаемого контингента показал, что ее показатели по числу случаев на 100 работающих специалистов данной профессиональной группы имели $75,28 \pm 2,76$. При этом наиболее высокий уровень ЗВУТ имел место у педагогов - $79,73 \pm 2,52$, а наиболее низкие показатели – у врачей – $60,99 \pm 1,76$, $p < 0,05$.

Проведение диспансеризации наблюдаемой группы лиц обнаружило 52,5% от общего числа обследованных с хронической патологией, что в абсолютных цифрах составляет 23,2 тыс. человек. Среди обследованных в период проведения диспансеризации три и более нозологии были диагностированы в 32,9% случаев, две - 32,4%, одну - 42,5%. Количество заболеваний имело прямую зависимость от возраста лиц, входящих в группу наблюдения. Число больных, имеющих одно заболевание, сокращалось с 83,3% в возрасте 18-29 лет до 43,2% в возрасте 45-55/60 лет, $p < 0,05$, и увеличивалась доля лиц, имеющих два и более заболеваний – с 8,3% до 22,9% и с 8,3% до 33,9%, соответственно.

Диспансеризация позволила выявить значительное число новых случаев заболеваемости

у работников социальной сферы, что привело к достоверному росту показателя общей заболеваемости по сравнению с таковым при обрабатываемости. Частота и число хронической патологии растет с возрастом работающих и их стажем.

В четвертой главе представлены результаты изучения состояния здоровья, факторов риска развития заболеваний, а также медицинской активности лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере на основе социологического анкетного опроса указанного контингента. Выборку составили 935 работников социальной сферы г. Рязани, в том числе 378 мужчин и 557 женщин - представителей сферы здравоохранения, образования и предоставления социальных услуг.

Большинство опрошенных, как мужчин, так и женщин, пришлось на возрастную группу 40 – 44 лет (49,3% и 50,3% соответственно). Большая часть опрошенных занята в сфере здравоохранения (29,8%), каждый четвертый – в сфере образования (25,3%), 22,7% – в сфере предоставления социальных услуг. Удельные веса лиц, чья деятельность связана с организацией отдыха, развлечений, культуры и спорта, а также работников научно-исследовательских организаций составили соответственно 9,9% и 1,3%.

Установлено, что 28,3% респондентов удовлетворены своей работой, 46,5% отметили, что скорее удовлетворены, чем нет, 18,9% – скорее не удовлетворены и 6,3% опрошенных совершенно не устраивает их работа. При этом среди работников социальной сферы, относящихся к административному звену удельный вес лиц, которых не устраивает их работа (2,0%) в 3,7 раза ниже по сравнению с трудящимися, не занимающими руководящие должности (7,4%).

При сравнении удовлетворенности трудовой деятельностью респондентов в зависимости от сферы профессиональной деятельности установлено, что наибольшая доля положительных ответов определяется в группе опрошенных, занятых в сфере здравоохранения (36,1%). Величины аналогичных показателей среди работников сферы образования и предоставления социальных услуг составили соответственно 23,7% и 23,5%. Наибольшее число лиц неудовлетворенных своей работой определяется в группе работников сферы обслуживания – 9,4% (для сравнения: здравоохранение – 3,7%, образование – 6,5%).

46,3% респондентов наиболее важными для себя указали материальные проблемы, 20,0% - плохие жилищные условия, 26,5% - беспокойство за состояние собственного здоровья, 49,8% - за состояние здоровья членов семьи. Для 26,4 на 100 респондентов на момент проведения анкетирования наиболее важными являлись проблемы, связанные с взаимоотношениями в семье, для 7,6 – с трудностями на работе, а для 0,9 – со злоупотреблением алкоголем. При этом среди женщин определяется достоверно большее число лиц обеспокоенных состоянием здоровья членов своей семьи (56,1 на 100 опрошенных) и взаимоотношениями в семье (33,8) по

сравнению с группой мужчин (соответственно 43,4 и 19,0 на 100 опрошенных) ($p < 0,01$).

Как «хорошее» состояние своего здоровья оценил каждый пятый опрошенный (20,6%), как «скорее хорошее, чем плохое» – 51,3% респондентов, «скорее плохое, чем хорошее» – 25,1%, «плохое» – 3,0%. Женщины (17,9%) в 1,3 раза реже мужчин (22,4%) давали «хорошую» оценку своему здоровью. Ожидаемо высоко (оценка «хорошее») оценивают свое здоровье работники социальной сферы в возрасте 30–34 лет (35,3%), значительно меньше участников исследования в возрасте 35–39 лет дают оценку своему здоровью на уровне «хорошо» – 22,2%. И всего 14,0% респондентов в возрасте 40–44 года также высоко оценивают свое здоровье.

Анализ результатов анкетирования показал, что семь из десяти респондентов (69,1%) в последний раз проходили профилактический медицинский осмотр менее года назад, 15,9% – от одного года до двух лет назад, 4,6% – от двух до трех лет и каждый десятый (10,4%) – более трех лет назад.

Наиболее высокий удельный вес лиц, прошедших медицинский осмотр в течение года определяется в группе работников сферы здравоохранения (90,8%), что, вероятно, связано со спецификой профессиональной деятельности данной категории лиц. Доля таковых среди представителей сферы образования составила 70,6%, предоставления социальных услуг – только 63,9%.

Установлено, что только 45,8% лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере не имеют хронических заболеваний. При этом достоверных гендерных различий по анализируемому показателю нами выявлено не было.

В целом респонденты в возрасте 30–34 лет, согласно проведенному опросу, выглядят более здоровыми по сравнению с лицами в возрасте 35–39 и 40–44 лет. Так, 73,5% опрошенных в возрасте 30–34 лет не отмечают у себя наличия хронических заболеваний. Данный показатель превышает таковой среди респондентов возрастной группы 35–39 лет в 1,3 раза (58,0%), 40–44 лет – в 1,7 раза (44,5%).

Состояние здоровья работников различных отраслей социальной сферы характеризуется следующим. На наличие хронических заболеваний указали 43,9% респондентов, занятых в сфере здравоохранения, 47,8% – образования и 54,2% – предоставления социальных услуг.

Распространенность отдельных нозологических групп заболеваний среди респондентов различных отраслей социальной сферы представлена в таблице 1.

Респонденты, имеющие хронические заболевания неодинаково относятся к сохранению и укреплению своего здоровья. Так, шесть из десяти опрошенных (59,9%) вообще не наблюдаются у врача по поводу своей хронической патологии. Регулярно посещают врача-специалиста только 13,5% респондентов, не регулярно – 26,6%.

Таблица 1. Уровень распространенности отдельных нозологических групп заболеваний среди респондентов различных отраслей социальной сферы (на 1000 обследованных)

Ранговое место	Отрасль социальной сферы		
	Здравоохранение	Образование	Предоставление социальных услуг
1	болезни органов пищеварения – 36,2	болезни органов пищеварения – 36,4	болезни системы кровообращения – 31,1
2	болезни системы кровообращения – 29,8	болезни системы кровообращения – 22,7	болезни костно-мышечной системы – 22,2
3	болезни костно-мышечной системы – 21,3	болезни костно-мышечной системы – 18,4	болезни мочеполовой системы – 15,6
4	болезни органов дыхания – 10,9	болезни ЛОР-органов – 18,2	болезни ЛОР-органов – 15,1
5	болезни эндокринной системы – 10,6 болезни ЛОР-органов – 10,6	болезни органов дыхания – 9,1	болезни эндокринной системы – 14,0
6	болезни мочеполовой системы – 8,5	болезни мочеполовой системы – 7,0	болезни органов дыхания – 13,6
7	болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,3	болезни эндокринной системы – 6,8	болезни органов пищеварения – 13,3 болезни глаза и его придаточного аппарата – 13,3
8		болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,5	

Среди работников здравоохранения (64,2%) определяется большее число лиц, вообще не наблюдающихся у специалиста по поводу имеющихся у них хронических заболеваний. Это можно объяснить тем, что в данной категории респондентов большинство имеет медицинское образование, что позволяет им самостоятельно следить за течением патологии и в случае необходимости проводить лечение.

В свою очередь, шесть из десяти опрошенных, занятых в сфере образования и предоставления социальных услуг, также не наблюдаются у врача. Наиболее ответственно относятся к своему здоровью и регулярно посещают специалиста только 16,0% респондентов, являющихся представителями образовательной сферы, 12,6% – здравоохранения и 9,5% – предоставления социальных услуг.

Распределение ответов респондентов на вопрос «Сколько раз за последние 3 года Вы обращались к врачу по поводу заболевания» выглядит следующим образом: ни одного раза – 21,2%; 1-2 раза – 39,1%; 3-4 раза – 24,2%; 5 и более раз – 15,5%. При этом достоверных гендерных отличий при анализе ответов на данный вопрос, а также отличий в зависимости от сферы профессиональной деятельности нами выявлено не было. Из всех опрошенных работников, занятых в сфере здравоохранения обращается за медицинской помощью при

появлении первых симптомов заболевания только каждый пятый (20,4%), в сфере образования – каждый четвертый (26,1%), предоставления социальных услуг – 23,8%.

Респонденты, давшие оценку собственному здоровью как «хорошее» (28,9%) соответственно в 1,4 и 1,9 раза чаще лиц, оценивших его как «скорее плохое, чем хорошее» (21,3%) и «плохое» (15,4%), обращаются за медицинской помощью сразу при появлении первых симптомов заболевания.

Полностью соблюдают рекомендации врача при лечении заболевания только 38,3% опрошенных, частично – 58,4%, совсем не соблюдают – 3,3%. Среди работников сферы образования ни один респондент не указал на то, что не выполняет врачебные рекомендации. Удельный вес таких в группе лиц, занятых в сфере здравоохранения составил 6,6%, предоставления социальных услуг – 2,4%. При этом респонденты, которые обращаются в случае болезни за медицинской помощью сразу при появлении первых признаков заболевания, выполняют все врачебные назначения в 57,1% случаев, частично выполняют рекомендации специалиста – 42,4%, не выполняют – только 0,5% данной категории лиц.

В ходе проведения социологического исследования респондентам был задан вопрос о предпринимаемых ими мерах для сохранения и укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний. Распределение ответов на данный вопрос выглядит следующим образом (рисунок 3).

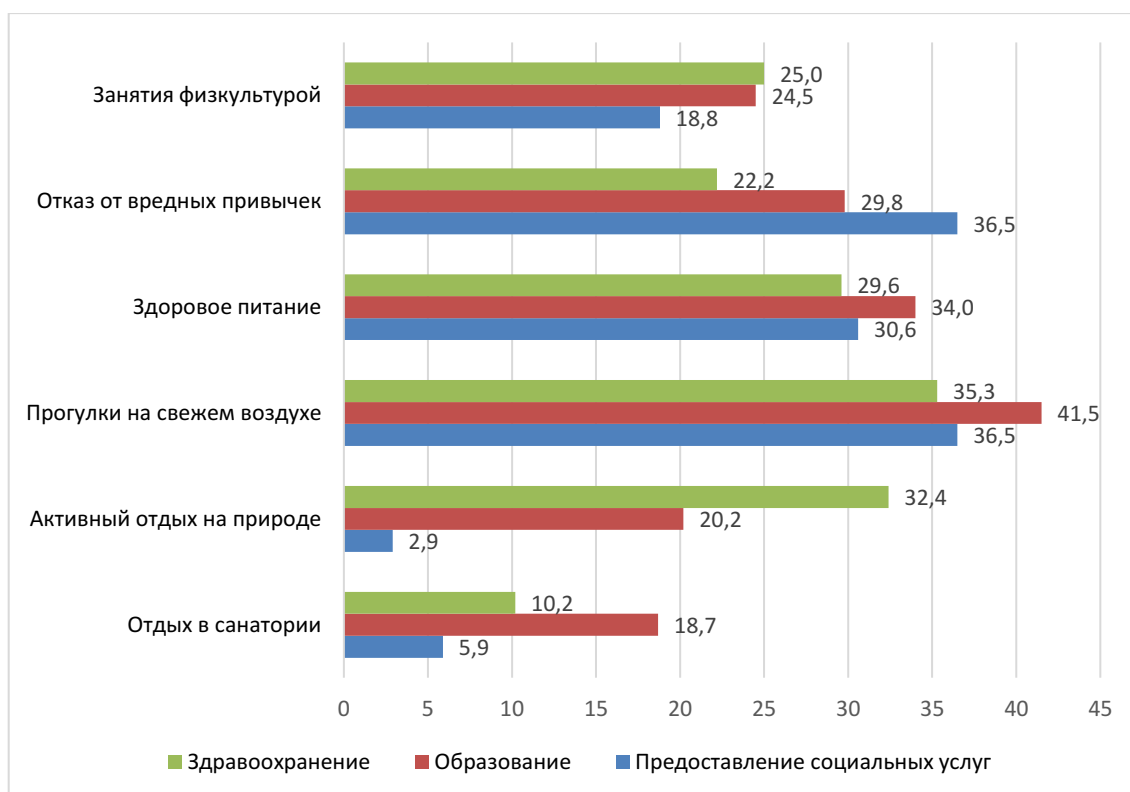


Рисунок 3. Распределение ответов респондентов, занятых в разных отраслях социальной сферы на вопрос: «Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний» (на 100 опрошенных)

Большинство опрошенных, независимо от сферы деятельности для поддержания своего здоровья прибегают к прогулкам на свежем воздухе. Активный отдых на природе пользуется большей популярностью среди работников здравоохранения (32,4 на 100 опрошенных). В ответах респондентов, занятых в сфере образования (20,2) данный показатель оказался в 1,6 раза ниже, предоставления социальных услуг – в 11 раз ниже (2,9).

Лица, работающие в сфере образования, чаще представителей сравниваемых групп, для сохранения и укрепления собственного здоровья прибегают к прогулкам на свежем воздухе (41,5 на 100 опрошенных), здоровому питанию (34,0) и отдыху в санатории (18,7). В свою очередь, среди работников социальной сферы в большей степени распространен отказ от вредных привычек (36,5 на 100 опрошенных).

Рассмотрим вопросы, характеризующие профилактическую активность лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере. Установлено, что только 15,8% опрошенных обращаются к врачу за профилактической помощью. При этом данный показатель имеет наибольшее значение среди представителей сферы образования (24,5%). Он превышает величину аналогичного показателя среди работников социальной сферы (14,1%) в 1,7 раза, здравоохранения – в 2 раза (12,1%).

Анализ результатов анкетирования показал, что только 9,5% опрошенных получают рекомендации профилактического характера на каждом приеме у врача, каждый пятый (21,9%) – почти на каждом приеме, каждый второй (49,2%) – иногда и 19,4% – указали на то, что никогда не получают подобных рекомендаций.

При этом всегда следуют получаемым рекомендациям профилактического характера только 7,9% респондентов. Наиболее ответственно выполняют назначения специалиста лица, занятые в сфере образования. Среди них удельный вес тех, кто полностью выполняет рекомендации, составил 10,9%, в группе работников социальной сферы – 8,5%, здравоохранения – только 3,0%.

Почти семь из десяти опрошенных (72,8%) положительно относятся к данным рекомендациям, каждый четвертый (25,1%) – безразлично, а 2,1% – негативно.

Установлено, что работники здравоохранения в большей степени, чем представители сравниваемых отраслей социальной сферы являются сторонниками начала профилактики заболеваний в молодом возрасте. Так, в группе опрошенных, занятых в сфере здравоохранения 52,9% лиц считают, что профилактика заболеваний наиболее эффективна в возрасте до 30 лет. Среди работников сферы образования величина данного показателя составила 45,6%, предоставления социальных услуг – 30,6%.

Почти треть опрошенных лиц (31,1%) указала на то, что уровень их знаний по профилактике заболеваний является недостаточным, 28,0% – уверены в своих знаниях, а 40,9%

– затруднились с ответом на данный вопрос.

Анализ результатов диспансеризации и социологического исследования работников социальной сферы позволил выявить основные факторы, влияющие на их здоровье. Было установлено, что среди факторов риска, выявленных при диспансеризации работников социальной сферы, наиболее распространены нерациональное питание (в 29,8% случаев), умеренный сердечно-сосудистый риск (в 29,5%) и высокий уровень стресса (в 28,7%). Далее располагались курение табака (в 18,1%), повышенный уровень артериального давления (в 15,1%). Практически одинаковое значение имели такие факторы как избыточная масса тела (в 14,9%) и низкая физическая активность (14,6%).

При сравнении с аналогичными показателями, полученными в результате диспансеризации всего населения в Российской Федерации, выявлена достоверно более высокая распространенность нерационального питания (29,8% против 18,6%, $p < 0,05$), умеренного сердечно-сосудистого риска (29,5% против 16,4%, $p < 0,05$) и высокого уровня стресса (28,7% против 14,8%, $p < 0,05$).

Таким образом, у работников социальной сферы отмечается более высокий уровень распространенности факторов риска для формирования неинфекционных заболеваний, чем в общей популяции населения, как по данным диспансеризации, так и по результатам социологического исследования, что необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий.

Пятая глава посвящена обоснованию системы мер по охране здоровья работников социальной сферы Рязанской области.

В соответствии с поставленными задачами и определенной методикой исследований содержательному анализу была подвергнута существующая нормативная правовая база по вопросам охраны здоровья населения и формирования у него мотивации здорового образа жизни. Анализировалась законодательная база Российской Федерации в целом и регионального субъекта – Рязанской области.

В ходе проведения анализ нормативной правовой базы, регламентирующей вопросы охраны здоровья населения, и формирование у него мотивации здорового образа жизни и программ региональных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний, показал, что, несмотря на то, что проанализированные документы ставят целевые ориентиры исполнения мероприятий по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и траектории их достижения, регламентируют механизм межведомственного и некоторые иные положительные аспекты, был выявлен целый ряд недостатков: отсутствие определения понятия «здоровый образ жизни»; правовых принципов, регулирующих выполнение здоровьеохранительных функций всеми социальными институтами, организациями и отдельными субъектами;

отсутствие специальных норм, касающихся организации конкретных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни (в т.ч. касающихся рационального питания и др.).

Совершенствование нормативной базы, акцизного и налогового регулирования производства табачной, алкогольной и пищевой продукции, обеспечения доступности здоровой пищи (производство достаточного количества фруктов и овощей, продуктов со сниженным содержанием животных жиров, трансизомеров жирных кислот и соли, размещение легко читаемой информации о калорийности, содержании жиров, углеводов и соли в продуктах), а также создание условий для повседневной физической активности (парковые зоны в шаговой доступности, велосипедные дорожки, доступные спортивные залы, стадионы и т.д.) выступает одним из базовых условий для формирования ЗОЖ. Стимулирование ЗОЖ и совершенствованию профилактики ХНИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи и в стационарах формирует основу комплексных целевых программ на уровне регионов

Следует отметить, что мероприятия по формированию здорового образа жизни традиционно включают ограничение потребления табака и алкоголя, оптимизацию физической активности и питания, популяризацию ЗОЖ в трудовых коллективах.

Составляющими системной деятельности и отдельных мероприятий по профилактике НИЗ в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационаров являются создание структурных подразделений в рамках первичной медико-санитарной и специализированной помощи, санаторно-курортного лечения, развитие и повышение эффективности работы Центров медицинской профилактики и Центров здоровья; подготовка кадров для системы медицинской профилактики; обучение участковых врачей, врачей-специалистов, а также совершенствование диспансеризации населения и раннего выявления заболеваний.

Таким образом, деятельность по формированию здорового образа жизни и профилактики НИЗ может быть представлена в виде алгоритмизированных действий, включающих два крупных блока:

- совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания,
- создание мотивационной системы по охране здоровья и ЗОЖ.

В заключении обобщаются основные результаты работы и намечены перспективы дальнейшей разработки темы. На основе проведенного диссертационного исследования был разработан и предложен Министерству здравоохранения Рязанской области комплекс научно-обоснованных мероприятий медико-социального и организационного характера, направленных на формирование здоровьесберегающего поведения трудоспособного населения области, занятого в социальной сфере, профилактику и снижение заболеваемости работников образования, здравоохранения и социального обслуживания.

ВЫВОДЫ

1. Анализ существующей законодательной базы, касающейся вопросов охраны здоровья населения, формирования у него мотивации здорового образа жизни и программ региональных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний показал, что их решение проводится в рамках первичной медико-санитарной помощи и в целом состоит из совершенствования медико-гигиенического образования и воспитания и создания системы мотивирования к охране здоровья.

2. Заболеваемость по обращаемости работников социальной сферы, находящихся в трудоспособном возрасте, ниже, чем населения трудоспособного возраста в целом по Рязанской области – 441,6 против 689,4 на 1000 населения. При этом среди работников социальной сферы выявлены более низкие показатели заболеваемости по классу инфекционных и паразитарных болезней, болезней кожи и подкожной клетчатки, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, травм и отравлений. Заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди работников социальной сферы составила 75,3 случая на 100 работающих. При этом она была более высокая у педагогов - 79,7, чем у врачей - 61,0 случай на 100 работающих. В ее структуре ведущие места занимали болезни органов дыхания (34,1%), костно-мышечной системы (22,4%), органов пищеварения (14,4%), системы кровообращения (12,5%), которые достоверно чаще регистрировалась также у педагогов. На болезни органов дыхания у них приходилось 43,4% против 36,4% среди врачей, системы кровообращения – в 17,3% против 11,1%, органов пищеварения – в 16,4% против 7,8%.

С учетом результатов диспансеризации работников социальной сферы уровень распространенности заболеваний среди них составил 616,1 случаев на 1000 обследованных. Установлена более высокая распространенность заболеваний у врачей по сравнению с педагогами. При этом среди работников сферы образования хроническая патология была выявлена в 52,5% случаев, что на 39,5% больше, чем по обращаемости. У 10,8% осмотренных установлена I группа, у 27,6% - II группа, у 57,7% - III группа и у 3,9% - IV группа здоровья. В структуре заболеваемости по данным диспансеризации первые ранговые места занимают болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, глаза и его придаточного аппарата, а также органов пищеварения. Таким образом, заболеваемость работников социальной сферы по данным обращаемости и диспансеризации с позиции предотвратимости потерь здоровья сможет служить индикатором медицинской (снижение ХНИЗ), социальной (готовность к здоровому образу жизни) и экономической (снижение ЗВУТ) эффективности.

3. У работников социальной сферы отмечается более высокий уровень распространенности факторов риска для формирования неинфекционных заболеваний, чем в общей популяции населения, как по данным диспансеризации, так и по результатам

социологического исследования. Установлено достоверно более высокое распространение таких факторов риска как нерациональное питание (79,5% против 64,1%), высокий уровень стресса (78,9% против 51,9%) и недостаточная забота о своем здоровье (61,2% против 46,9%). Чаще, чем среди всего населения, регистрировалось курение табака и низкая физическая активность, хотя указанные различия не были достоверными. Медико-социальная характеристика работников социальной сферы свидетельствует о том, что особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности, уровень образования и информированности о факторах риска возникновения ХНИЗ не являются гарантией самосохранительного поведения и здорового образа жизни. Работники социальной сферы подвержены высокому уровню распространения факторов риска для формирования неинфекционных заболеваний, что необходимо учитывать при разработке программных мероприятий.

4. Анализ результатов комплексного исследования свидетельствует о том, что приоритетными направлениями профилактики неинфекционных заболеваний у работников социальной сферы являются: учет и мониторинг их основных факторов риска; повышение эффективности регламентированных медицинских осмотров по ранней диагностике; совершенствование системы медицинской профилактики на рабочем месте; подготовка медицинских кадров в данной области; повышение уровня медицинской грамотности и знаний о здоровом образе жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Органам управления здравоохранением рекомендуется рассмотреть возможность:

- организации учета и мониторинга факторов риска основных неинфекционных заболеваний на предприятиях социальной сферы;
- увеличения охвата и повышение качества регламентированных медицинских осмотров лиц, работающих в социальной сфере;
- открытия кабинетов медицинской профилактики в крупных организациях социальной сферы;
- подготовки медицинских кадров в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Руководителям медицинских организаций целесообразно:

- совершенствовать систему медицинской первичной и вторичной профилактики основных неинфекционных заболеваний;
- при разработке профилактических программ использовать результаты диспансеризации работников социальной сферы, с учетом особенностей образа и условий жизни, отношения к здоровью и медицинской активности именно этого контингента трудоспособных граждан;

- предпринимать регулярные меры по повышению уровня медицинской грамотности и уровня знаний о здоровом образе жизни среди прикрепленного населения.

Руководству и профсоюзным организациям учреждений социальной сферы рекомендуется:

- создание в трудовых коллективах условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья с использованием комплекса корпоративных немедицинских мер по снижению риска неинфекционных заболеваний среди работающих;

- совершенствование системы медицинской профилактики для реализации на рабочем месте;

- проводить мониторинг мнения работников об условиях труда на предприятии и о качестве организации медико-социальной и лечебно-профилактической помощи;

- создания эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками работников путём проведения акций и мероприятий совместно со средствами массовой информации, профсоюзными организациями и общественными движениями.

Органам региональной законодательной и исполнительной власти рекомендуется:

- внести соответствующие изменения и дополнения в действующую нормативную правовую базу, регламентирующую деятельность по охране здоровья, в части определения понятия «здоровый образ жизни» и разграничения функций субъектов, участвующих в реализации конкретных действий, направленных на профилактику неинфекционных заболеваний и мотивацию здорового образа жизни трудоспособных граждан;

- разработать механизм участия средств массовой информации в популяризации здорового образа жизни посредством квотирования части площади печатных СМИ и эфирного времени радио- и телевизионных СМИ под рекламные и PR-материалы соответствующей тематической направленности;

- принять дополнительные законодательные меры ограничительного характера, направленные на запрет распространения и продажи алкогольной и табачной продукции в отдельных районах и населенных пунктах;

- создать условия для ведения ЗОЖ работниками социальной сферы посредством дотаций для сотрудников сферы образования, здравоохранения и социального обслуживания на посещение спортивных секций, кружков, бассейнов;

- разработать механизм межрегионального взаимодействия, позволяющий использовать предложенные в настоящей работе рекомендации в других субъектах Центрального Федерального округа и Российской Федерации в целом с учетом региональных особенностей развития систем здравоохранения.

III. СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1. Введенский А.И. Аксиология здоровья в системе ценностей работников социальной сферы // Общественное здоровье и здравоохранения. – 2021. - № 1. – С. 9-13 (ВАК).**
- 2. Зудин А.Б., Введенский А.И. Здоровье в самооценках работников промышленного производства и социальной сферы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2021. - № 2. - С. 232-237 (Scopus).**
- 3. Введенский А.И. Корпоративные программы профилактики профессиональных заболеваний // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2020. - № 2. - С. 202-206 (Scopus).**
- 4. Введенский А.И., Зудин А.Б. Управление здоровьем на рабочем месте: могут ли организации социальной сферы использовать опыт производственных предприятий? // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2020. - № 11-12. С. 53-58 (ВАК).**
- 5. Введенский А.И. Профессиональные заболевания работников социальной сферы (на примере работников здравоохранения и медицинского обслуживания // Научный форум: Медицина, биология и химия: сборник статей по материалам XXXV международной научно-практической конференции. - № 7(35). – М.: Издательство «МЦНО», 2020. С. 14-18.**
- 6. Введенский А.И. Исследование заболеваемости работников образовательной бюджетной среды: медико-социальные факторы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - № 5. - С. 847-852 (Scopus).**
- 7. Vvedensky A., Zudin A. Use of remote technologies in educational work on prevention of occupational diseases of employees in field of education // The 14th International Conference on Virtual Learning ICVL 2019. - P. 558-562 (Web of Science).**
- 8. Введенский А.И., Зудин А.Б. Использование дистанционных технологий в просветительской работе по профилактике профессиональных заболеваний работников образовательной сферы // Вестник Авиценны. – 2019. - Т. 21, № 4. – С. 584-589 (ВАК).**
- 9. Введенский А.И. Диспансеризация как фактор обеспечения здоровья населения // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сборник статей по материалам XXIX международной научно-практической конференции. - № 11 (26). – М.: изд-во «Интернаука», 2019. – С. 48-52.**
- 10. Введенский А.И. Методические подходы к изучению здоровья работников бюджетной сферы // Роль и место инновационных технологий в современной медицине: материалы 66-й годичной научно-практической конференции Таджикского ГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. - Душанбе, 2018. – С. 96-97.**
- 11. Введенский А.И. Медико-демографическая и социально-гигиеническая характеристика работников бюджетной сферы и их семей // Клинический опыт двадцатки. – 2015. - № 2 (26). – С. 11-15 (ВАК).**
- 12. Введенский А.И., Коновалов О.Е. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников бюджетной сферы // Клинический опыт двадцатки. - 2015. - № 2 (26). – С. 20-25 (ВАК).**

13. Введенский А.И. Оценка факторов риска потерь здоровья у работников бюджетной сферы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. - № 3. – С. 14-20 (ВАК).
14. Введенский А.И. Система мер по профилактике неинфекционных заболеваний у работников бюджетной сферы // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – Том 23, № 3. – С. 71-75 (ВАК).
15. Введенский А.И. Методологические подходы к разработке системы мер по профилактике потерь здоровья работников бюджетной сферы // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 19-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2015. – С. 127-131.
16. Введенский А.И. Контент анализ нормативно-правовых актов в области охраны и укрепления здоровья населения, принятых и действующих в Рязанской области // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 19-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2015. – С. 21-28.
17. Введенский А.И. Динамика и тенденции заболеваемости населения трудоспособного возраста в Российской Федерации // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: материалы к 18-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Рязань, 2014. – С. 95-98.
18. Введенский А.И. Результаты дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы (по данным Рязанской области) // Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием РязГМУ. - Рязань, 2014. – С. 247-249.
19. Введенский А.И. К вопросу о профессиональной заболеваемости в Рязанской области // Формирование и укрепление здоровья населения в современных условиях: межрегиональный сборник научных трудов. - Рязань, 2013. - Выпуск 3. – С. 56-59.
20. Введенский А.И. Оценка условий труда и удовлетворенность работой мужчин и женщин, занятых в бюджетной сфере // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 17-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2013. – С. 119-121.
21. Введенский А.И. Медико-социальная характеристика семей работников бюджетной сферы // Молодой организатор здравоохранения: сборник научных статей студентов и молодых ученых, посвященного памяти профессора В.К. Сологуба. – Красноярск, 2012. - С. 80-83.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- НИЗ – неинфекционные заболевания
- СМИ – средства массовой информации
- ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания