

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

На правах рукописи

Введенский Артем Игоревич

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

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Зудин Александр Борисович,
доктор медицинских наук

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА (обзор литературы)	13
1.1. Состояние и тенденции здоровья населения трудоспособного возраста	15
1.2. Предотвратимые потери здоровья работников социальной сферы ...	21
1.3. Профилактика неинфекционных заболеваний у населения трудоспособного возраста	26
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЕГО БАЗЫ	30
2.1. Материалы и методы исследования	30
2.2. Характеристика базы исследования	36
ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ	40
3.1. Тенденции и состояние здоровья населения Рязанской области по данным официальной статистики	40
3.2. Заболеваемость работников социальной сферы	47
3.2.1. Заболеваемость по данным обращаемости	47
3.2.2. Заболеваемость по данным диспансерного наблюдения (на примере работников сферы образования)	53
ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННОГО КОНТИНГЕНТА РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	60
4.1. Социально-демографическая характеристика работников социальной сферы Рязанской области	60
4.2. Мнение работников социальной сферы о состоянии своего здоровья	66

4.3. Характеристика здоровьесберегающего поведения	71
4.4. Факторы риска формирования хронических заболеваний	82
ГЛАВА 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕР ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	90
5.1. Методологические подходы к формированию системы мер по профилактике потерь здоровья работников социальной сферы	90
5.2. Анализ нормативной правовой базы, регламентирующей вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации и Рязанской области	94
5.3. Система мер по профилактике неинфекционных заболеваний у работников социальной сферы	111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	118
ВЫВОДЫ	129
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	131
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	134
ПРИЛОЖЕНИЕ	166

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ЗВУТ	- заболеваемость с временной утратой трудоспособности
ЗОЖ	- здоровый образ жизни
КМП	- кабинет медицинской профилактики
МКБ-10	- Международная статистическая классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
НИЗ	- неинфекционные заболевания
ОМП	- отделение медицинской профилактики
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
СМИ	- средства массовой информации
ЦЗ	- центр здоровья
ЦМП	- центр медицинской профилактики
ЦФО	- Центральный федеральный округ

ВВЕДЕНИЕ

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 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 В., 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 С., 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, посвящены 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, направленных на формирование здоровьесберегающего поведения, профилактику и снижение заболеваемости у лиц занятых в социальной сфере.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние здоровья работников, занятых в социальной сфере, на примере образования, здравоохранения и оказания социальных услуг в субъекте Российской Федерации по данным обращаемости за медицинской помощью и диспансеризации; выявить общие и специфические тренды их заболеваемости с учетом гендерной дифференциации.

2. Изучить медико-социальную характеристику работников социальной сферы среднего трудоспособного возраста с различными видами патологии и определить наиболее значимые факторы риска заболеваний у изучаемого контингента с учетом гендерной дифференциации.

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

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:

- впервые проведено комплексное изучение заболеваемости работников социальной сферы по данным обращаемости и диспансеризации на материалах субъекта Центрального федерального округа Российской Федерации – Рязанской области;

- впервые изучена медико-социальная 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 ХНИЗ не являются гарантией самосохранительного поведения и здорового образа жизни;

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

- 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. 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.

2. 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.

3. 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. 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.

5. 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.

ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА (обзор литературы)

Численность и состояние здоровья трудоспособного населения страны (количественные и качественные характеристики трудовых ресурсов) являются показателем ее социально-экономического развития [Здоровье-2020. - ВОЗ, 2012, 2013; Стародубов В.И., 2013; Cherniack M., 2010; Bertollini R., 2012; Kickbusch I., 2012; McQueen D.V., 2012].

Всемирной организацией здравоохранения в 2007 году был принят документ «Здоровье работающих: глобальный план действий» [WHA 60.26 от 23 мая 2007 г.] в котором обращается внимание на то, что в настоящее время «лица трудоспособного возраста составляют более половины общей численности населения в мире и вносят основной вклад в социальное и экономическое развитие» [WHA 60.26 от 23 мая 2007 г.]. В документе отмечается, что в «большинстве стран мира наблюдаются неблагоприятные тенденции в общественном здоровье (преимущественно, работающего населения), связанные со снижением состояния здоровья в связи с профессиональными рисками» [WHA 60.26 от 23 мая 2007 г.].

В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года», утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 г. за № 537, именно рост трудонедостаточности выделяется в качестве одной из главных стратегических угроз национальной безопасности страны в области экономики.

Система общественных отношений в настоящее время характеризуется выраженными социально-экономическими преобразованиями. Ряд социально-экономических кризисов, произошедших в Российской Федерации период с конца XX века до настоящего времени, нашли отражение в различных сферах жизни общества, в том числе, и показателях его здоровья [Рывкин А.Ю., 2009; Сон И.М., 2010; Зудин А.Б., Щепин В.О., 2016 и др.].

В современных условиях произошло социально-экономическое

расслоение общества. К бедным принадлежат социально-экономические группы рабочих и служащих, семьи бюджетников (около 40 млн. чел.) [Росстат, 2020]. Значительную часть этой группы граждан составляют работники социальной сферы. Как отмечает Зудин А.Б., «данная сфера страны, насчитывающая несколько сотен тысяч человек, имеет огромное социальное значение, так как от ее деятельности во многом зависит перспектива развития общества» [Зудин А.Б., 2017].

По данным Т.М. Максимовой (2005), более половины трудоспособного населения России продолжают работать в государственных бюджетных организациях (53,2% мужчин и 75,1% женщин). При этом в возрастной структуре работников преобладают лица среднего и старшего трудоспособного возраста (около 60%).

Одной из основных целей «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.» называется необходимость улучшения здоровья граждан Российской Федерации. По мнению Фомина Е.П. «в этом документе указано, что к 2020 году кроме увеличения ожидаемой продолжительности жизни, снижения общего коэффициента смертности населения, необходимо осуществить реализацию принципа социальной справедливости в вопросах охраны здоровья населения РФ» [Фомин Е.П., 2015]. Эта целевая идея получила свое развитие в работах российских исследователей [Зудин А.Б., 2016; Линденбрaten А.Л., Гришина Н.К., Ковалева В.В., Филиппова В.И., Сердюковский С.М., Головина С.М., Загоруйченко А.А., Соловьева Н.Б., 2016; Михайлова Ю.В., Сибурина Т.А., Сон И.М., Щепин В.О., Линденбрaten А.Л., Михайлов А.Ю., 2019].

1.1. Состояние и тенденции здоровья населения трудоспособного возраста

В 2016 г. в России было зарегистрировано 237 млн. случаев обращений по поводу заболеваний, что в 1,5 раза выше, чем в 1990 г., это привело к росту числа случаев смерти почти на одну треть [Здравоохранение в России, 2017]. За указанный период возросла заболеваемость, чаще всего приводящая к неблагоприятным исходам, – это болезни системы кровообращения (в 2 раза) и злокачественными новообразованиями (в 1,6 раза).

Так, например, при исследовании заболеваемости трудоспособного населения г. Новосибирска по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения, установлено, что во всех возрастных группах наиболее частое обращение за медицинской помощью было связано с острыми респираторными заболеваниями, травмами и посттравматическими состояниями, а также с дорсопатиями. Второе ранговое место у пациентов в возрасте 20-39 лет занимали болезни системы органов пищеварения, ЛОР-органов и нервной системы; в возрасте 40-59 лет – болезни системы кровообращения, органов пищеварения и нервной системы. Немаловажно отметить широкую распространенность полиорганной патологии в группе лиц 20-29 лет (45%), на порядок превышающую данный показатель в более старших возрастных группах трудоспособного контингента. Так в группе лиц 30-39 лет полиорганная патология выявлялась в 30% случаев; в группе 40-59 лет – в 35% случаев [Гичева И.М., 2009; Малаев Х.М., Коновалов О.Е., 2018].

Состояние здоровья лиц трудоспособного возраста Липецкой области и анализ уровня общей заболеваемости показал, что в структуре общей заболеваемости наиболее значимые показатели имеют болезни системы кровообращения (18,7% случаев), органов дыхания (18,4%), болезни мочеполовой и костно-мышечной систем (9,4% и 9,0% соответственно). Также необходимо отметить достоверно более высокую распространенность болезней системы кровообращения, органов дыхания и костно-мышечной системы среди мужчин трудоспособного возраста по сравнению с

женщинами той же возрастной категории [Прокофьева А.В., Лебедева-Несевря Н.А., 2018].

В структуре впервые выявленной патологии среди работающего населения г. Москвы в 2008 году преобладают болезни системы кровообращения (33,2%), второе ранговое место занимают болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (19,6%), 3-е место – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,1%) и 4-е – болезни глаза и его придаточного аппарат. [Линденбратен А.Л., 2009; Рахманин Ю.А., 2013; Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С., 2017].

Особое внимание уделяется состоянию здоровья мужчин трудоспособного возраста. Установлено, что сочетание нескольких хронических заболеваний характерно для 65,3% обследованных мужчин. При этом наиболее распространенными заболеваниями, входящими в структуру мультинозологий являются болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и системы пищеварения [Шамурова Ю.Ю., 2008; Калев О.Ф., 2008; James A., 2008; Вялков А.И., Гундаров И.А., Полесский В.А., 2016].

В работе Коновалова О.Е., Толь Я.В., Сычева М.А. отмечается, что «по результатам диспансерного наблюдения работников социальной сферы Рязанской области в 2007 году уровень первичной заболеваемости составил 2032 случая на 1000 обследованных. Из них было поставлено на учет 36,1%, в том числе 92,8% – на ранних стадиях заболевания и 7,2% – на поздних стадиях заболевания. В структуре неинфекционной заболеваемости лиц, занятых в социальной сфере 23,9% случаев пришлось на болезни системы кровообращения (из них 56,1% – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, 14,9% – ишемическая болезнь сердца); 17,0% – на болезни глаза и его придаточного аппарата; 14,8% – на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 13,9% – на болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ и 9,0% на болезни мочеполовой системы. Кроме того, установлено, что 67% обследованных мужчин имеют третью группу здоровья и только 28,6% отнесены к первой

группе здоровья» [Коновалов О.Е., Толь Я.В., Сычев М.А., 2010].

Оценено здоровье учителей общеобразовательных школ по показателям самооценки и результатам углубленных осмотров, проведенных при диспансеризации работающего населения. Установлено, что наиболее значимым вредным фактором трудового процесса учителей является напряженность труда: около 80% опрошенных учителей считают, что труд изматывает их физически, и почти 90% полагают, что труд изматывает их нравственно. Высокая распространенность неинфекционных заболеваний и жалоб на состояние здоровья требует, по мнению авторов, проведения для учителей регулярных периодических медицинских осмотров [Стапанов Е.Г., Фасиков Р.М., 2010; Захаренков В.В., 2012; Валиулина Л.Ф., Шестаков М.М., 2019; Васильева Т.Н., Федотова И.В., Некрасова М.М., Зуев А.В., 2019].

Профессия педагога требует огромных интеллектуальных, эмоциональных и физических затрат. В результате его личность претерпевает ряд изменений, приводящих к нарушению межличностного общения педагога, формированию неадекватных паттернов поведения, синдрому «эмоционального выгорания» и психосоматическим заболеваниям [Кондратьева О.Г., 2013; Васильева Т.Н., Федотова И.В., Некрасова М.М., Зуев А.В., 2019].

Как свидетельствуют данные литературы, состояние здоровья педагогов стало исследоваться более углубленно. Так, например, создаются системы психологического сопровождения педагогов как эмоционально выгорающих профессионалов, предлагается восстановление их психосоматического здоровья медицинскими и валеологическими методами [Малярчук Н.Н., 2009; Догадаев О.Н., 2019].

Инвалидность является другой основной характеристикой состояния здоровья населения [Уйба В.В., Фомин Е.П., 2014; La Plante M.P., 2014; Klotz L., 2015; Костарев В.Г., Тендрякова С.Ю., Власова Е.М., Устинова О.Ю., Порошина М.М., Барг А.О., 2019]. Уровень инвалидности, определяется множеством факторов: состоянием общественного здоровья,

старением населения, качеством и доступностью медицинской помощи, социально-экономическим развитием, экологической обстановкой, участием в военных конфликтах и др. [Bhattacharya J., 2008; Костарев В.Г., Тендрякова С.Ю., Власова Е.М., Устинова О.Ю., Порошина М.М., Барг А.О., 2019]. В нашей стране все данные факторы имеют негативную направленность, предопределяя высокую распространенность инвалидности среди различных групп населения [Лебедева-Несевря Н.А., Костарев В.Г., Никифорова Н.В., Цинкер М.Ю., 2017]. Отмечается увеличение численности инвалидов, зарегистрированных в Пенсионном фонде с 7,9 в 1997 году до 13,1 млн. человек в 2008 году, немного снизившись к 2016 году до 12,6 млн. человек [Федеральная служба государственной статистики, 2018].

Характерной особенностью России является высокая доля инвалидизации в трудоспособном возрасте. Так, в общей структуре впервые признанных инвалидами на долю трудоспособного населения приходится 46,4%, при этом у мужчин первичная инвалидность в трудоспособном возрасте преобладает, составляя 57,3% [Лебедева-Несевря Н.А., Костарев В.Г., Никифорова Н.В., Цинкер М.Ю., 2017].

Подход к определению статуса инвалида в нашей стране был существенно преобразован в 2006 году, что привело к снижению показателей впервые признанной инвалидности (ВПИ) среди взрослого населения. За период 2005-2008 годов в структуре первичной инвалидности их доля возросла с 31,5% до 44,7%. При этом было отмечено преобладание среди них мужчин [Основные показатели инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2008 году. Стат. сб. М.: ФБ МСЭ, 2009].

Ряд исследователей считают, что процессы, связанные с организационными моментами и приводящие к необоснованному снижению уровня инвалидности, негативно влияют на состояние здоровья населения, в том числе трудоспособного возраста, так как получение статуса инвалида обеспечивает медико-социальную поддержку и защиту указанной группе лиц [Данилова Н.В., 2009; Лысенко И.Л., 2014].

Смертность. Одной из наиболее острых проблем здравоохранения Российской Федерации в современных условиях является высокий уровень и темп роста смертности населения трудоспособного возраста [Щепин О.П., 2009]. Уровень смертности трудоспособного населения в 2,5 раза превышает соответствующие показатели в развитых странах, в 1,5 раза в развивающихся странах [Marmot M., 2013; Cote M.P., 2014]. Повышение стандартизованных коэффициентов смертности средней возрастной группы трудоспособного контингента в России более существенное по сравнению с другими странами СНГ и составляет 70,3% (против 48,7% в Казахстане, 41,9% в Украине и 38,1% в Беларуси).

В России каждый год погибает около 630 тыс. населения трудоспособного возраста, при этом среди них более 500 тыс. – мужчины [База Федеральной службы государственной статистики].

Одной из причин максимального повышения смертности среди мужчин среднего возраста является высокий уровень стрессированности этого контингента в условиях социально-экономических преобразований. Те из них, кого период реформирования застал в возрасте 30-50 лет, приближались к пику или находились на пике карьеры, которая во многих случаях обесценилась. Связанные с этим сильнейшие стрессы в значительной степени обусловили возрастание уровня преждевременной смертности этой категории лиц [Лещенко Я.А., 2008; Герасименко Н.Ф., 2009; Грощев И.В., 2009; Vanerp W.S., 2015; Попова А.Ю., Зайцева Н.В., Май И.В., 2018].

Уровни мужской преждевременной смертности являются более существенными в сравнении с показателями общей смертности. Если в 1998 году в 70 субъектах Российской Федерации смертность мужчин трудоспособного возраста составляла от 8 до 12‰, то уже в 2005 году данный показатель возрос до 12-19‰ [Михайлова Ю.В., 2008; Белов В.Б., 2008; Попова А.Ю., Зайцева Н.В., Май И.В., 2018].

Аналогичные тенденции отмечаются и во многих регионах России [Лещенко А.Я., 2008; Низамов И.Г., 2008; Дьякович М.П., 2009; Зудин А.Б.,

Щепин В.О., 2016].

По данным некоторых ученых, «высокий уровень смертности населения трудоспособного возраста отмечается в основном от предотвратимых причин, избежать которые возможно при использовании современных достижений медицины и реализации государственных профилактических программ, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи» [Михайловой Ю.В., Сабгайда Т.П., 2008].

Следует отметить, что подъем показателей смертности определяется практически по всем основным классам причин смерти, среди которых ведущими являются болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления, травмы, а также новообразования [Михайлова Ю.В., 2008; Каримова Л.К., 2009; Гаас Г.Н., 2011; Нечаева О.Б., 2014; Фомин Е.П., 2014; Maguire B.J., 2005; Pridemore W.A., 2014; Dawes A.J., 2014; Duše K.L., 2014].

По данным И.В. Грошева, в возрасте 15-24 лет уровень смертности мужчин в 2 раза превышает таковой показатель среди женщин за счет их гибели от травм, несчастных случаев, отравлений, а также самоубийств; в возрасте 25-54 года – помимо названных причин, от болезней системы кровообращения, органов пищеварения и системы органов дыхания.

По мнению ряда исследователей, в современной России отмечается реструктуризация причин смерти, что характеризуется снижением доли экзогенных причин, при нарастании эндогенных и квазиэндогенных (причины «накопленного» генеза). В первую очередь, это болезни системы кровообращения. Более 60% всех случаев смерти обусловлено именно ими. Уровень смертности от болезней системы кровообращения среди мужчин трудоспособного возраста в 2,5 раза выше такового среди женщин. При этом за последние 15 лет средний возраст мужчин, умерших от патологии сердечно-сосудистой системы, снизился более чем на 2 года. Средний возраст формирования смертных случаев вследствие болезней системы кровообращения в когорте мужчин составляет 61,8 года при минимальном

значении показателя приходящегося на 36,5 лет [Чеченин Г.И., 2009; Трубачева И.А., 2009; Дьякович М.П., 2009; Wada K., 2012; Riva M., 2014].

1.2. Предотвратимые потери здоровья работников социальной сферы

В настоящее время во всем мире назрела необходимость установления приоритетов в развитии национальных систем здравоохранения. Это в первую очередь было вызвано тем, что рост расходной части на системные здравоохранительные мероприятия не получили обратной связи через соответствующие улучшенные показатели здоровья населения и роста продолжительности жизни [Михайлова Ю.В., 2008; Bermingham S.L., 2010; Brown J., 2012; Ковалева И.П., Зудин А.Б., 2016, 2017].

В настоящее время доказан значительный резерв снижения заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, связанных с неинфекционными болезнями, который можно оценить через понятие «предотвратимые потери здоровья населения» [Global Burden of Disease (GBD), 2014].

В Глобальном плане действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 годы акцентировалось внимание не только на негативных тенденциях в состоянии здоровья населения, работающего в различных сферах экономики, но и на неблагоприятном влиянии на них различных факторов профессионального характера.

Вопросам состояния здоровья населения трудоспособного возраста посвящены работы Измерова Н.Ф. (2008); Калинкина Д.Е. и соавт. (2009); Бобровский Р.Н., 2010), в том числе это касается учителей (Ишмухаметов И.Б., 2013; Шепарев А.А., Ильина Е.А., 2014; Агеева И.А., Киселева О.В., 2017; Селиванова Е.А., Курышова Л.А., 2017; Сейтқасым Ж.С., 2019) и врачей (М.С. Гурьянов, 2011; И.А. Бердяева, 2012; Гончаров В.К. и соавт., 2017; Палевская С.А. и соавт., 2019).

Проблемам проведения диспансеризации и медицинских профилактических осмотров работающего населения посвящены исследования Н.И. Измеровой и соавт. (2008); Л.В. Кочоровой и соавт. (2008); Е.В. Честиковой (2008); С.В. Алексеевой, О.Ю. Коренновой (2009); А.В. Концевой и соавт. (2014).

Актуальные вопросы здоровьесберегающего поведения и факторов риска затрагиваются в ряде публикаций отечественных авторов (В.М. Боев, 2009; 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).

Профилактике нарушений профессионального здоровья и оказания социальной помощи, включая работников бюджетной сферы, посвящены исследования, проведенные В.С. Пупышевым (2009); Алексеевым В.Б. и соавт. (2018).

Среди факторов, влияющих на уровень здоровья населения трудоспособного возраста, основными считаются тяжелые, вредные и опасные условия труда, а также нерациональная организация режима труда и отдыха [Лисицын Ю.П., 2009; Боев В.М., 2009; Разумов А.Н., 2009; Губкина О.А., 2013; Ле-Ван Т.Н., Зудин А.Б., Готская А.И., Мелик-Гусейнов Д.В., 2016].

Следует отметить, что доля работников, занятых в производствах с перечисленными условиями труда, продолжает увеличиваться. За период перехода на «Общероссийский классификатор видов экономической деятельности» (2004-2008 гг.), доля работников с вредными условиями труда увеличилась с 17% до 57%.

Увеличилось число лиц, работающих в условиях тяжелого физического труда. При этом растет занятость и женщин на предприятиях с вредными и тяжелыми условиями труда. Следует отметить, что необходимые исследования характера производственных условий не всегда выполняются в полном объеме, а процедура аттестации рабочих мест не позволяет адекватно

оценить реальное положение дел [Доклад о реализации государственной политики в области условий и охраны труда в Российской Федерации в 2008 году, 2009].

Профессиональные заболевания имеют значительные медицинские, социальные и экономические последствия, которые обусловлены значительным объемом компенсаций в связи с продолжительной временной нетрудоспособностью пострадавших и формированием инвалидности [Барг А.О., Цинкер М.Ю., 2017; Алексеев В.Б., Зайцева Н.В., Шур П.З., 2018].

Следует отметить, что в экономически развитых странах уровень профессиональной заболеваемости значительно выше, чем России. Так, Российская Федерация в рейтинге Европейских стран находится на 24-м месте. По данным мировой статистики, в Дании частота профзаболеваний в 40 раз выше по сравнению с Российской Федерацией, в Соединенных Штатах Америки – в 25 раз, в Финляндии – в 13, в Германии – в 3,5 раза [Probst J.C., 2009; Зудин А.Б., Щепин В.О., 2016]. «Представленные различия связывают не только другими критериями определения связи заболевания с условиями и характером работы, но и с отсутствием заинтересованности в их выявлении не только со стороны работодателя, но и работника», - отмечается в научных работах [Фомин Е.П., 2015].

Складывается мнение, что в настоящее время слабо развита система медико-профилактической помощи лицам, работающим в отдельных сферах экономики [Шляпников Д.М., Шур П.З., Алексеев В.Б., Лебедева Т.М., Костарев В.Г., 2016; Попова А.Ю., Зайцева Н.В., Май И.В., Кирьянов Д.А., 2018]. При этом выявляется недостаточный уровень знаний у медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений по вопросам диагностики профессиональных заболеваний. В связи с этим, как указывают данные исследований в этой области, в среднем около трети случаев заболеваний, связанных с особенностями профессиональной деятельности, диагностируются преимущественно в случаях, когда работник самостоятельно проявляет инициативу и обращается за медицинской

консультацией, или помощью. Кроме поздней диагностики профессиональных заболеваний о неблагоприятной ситуации в данном вопросе свидетельствует и формирование инвалидизирующих состояний, которые регистрируются в 20% случаев среди всей зафиксированной профпатологии.

Все выше сказанное имеет отношение и к трудящимся в социальной сфере. Для их профессиональной деятельности характерны более частые по сравнению с работниками других отраслей стрессовые ситуации, нарушенный режим питания, малоподвижный тип работы и прочие факторы риска. В общей совокупности факторов, это обуславливает более частое развитие атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, желчекаменной болезни и др. [Chinapaw M.J., 2011; Hormigo-Pozo A., 2014].

Широк спектр параметров, способных оказывать влияние на состояние здоровья и самочувствие педагогов. Такие факторы, как возраст, частота и хронический характер заболеваний, работа в состоянии некоторого недомогания, педагогическая деятельность в неудовлетворительных условиях, неудовлетворенность отношениями с коллегами и администрацией, одиночество, могут вносить различный вклад в процессы ухудшения самочувствия и состояния здоровья. Анализ социальной динамики (1996-2000) состояния здоровья педагогов в рамках мониторинга образовательных систем указывает в большей степени на ухудшение условий педагогической деятельности, оказывающих влияние на здоровье, чем на его прямое ухудшение [Губанихина Е.В., 2014; Захаренков В.В., 2014].

Различные неблагоприятные факторы, сопровождающие деятельность педагогов, способствуют быстрому «изнашиванию» организма, формированию психосоматической патологии, которая наблюдается у 70-90% работающих в сфере образования. Было установлено, что психопатологические состояния невротического или психопатического характера становятся более распространенными с увеличением

педагогического стажа. Однако состоянию здоровью работников образования не уделяется достаточного внимания государственными службами. Кроме этого, педагоги не всегда следуют правилам здорового образа жизни, отличаются низкой медицинской активностью [Малярчук Н.Н., 2009, 2014; Котова М.Б., Розанов В.Б., Иванова Е.И., 2018].

Разные авторы неоднозначно оценивают влияние тех или иных факторов риска на здоровье. Однако их мнения сходятся в одном: самым значимым фактором (на его долю отводят более 50%) является образ жизни. По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2005), для россиян характерна очень низкая приверженность здоровому образу жизни. Исследователи обращают внимание на недостаточную социальную активность граждан в целом и тех, кто занят в социальной сфере, в заботе о своем здоровье, использовании здоровых берегающих практик, профилактических мероприятий и пр. [Лескина Л.М., 2014; Денисенко В.С., 2014; Vambra S., 2009, 2010; Котова М.Б., Розанов В.Б., Иванова Е.И., 2018].

Показатель потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт в Российской Федерации занимает одно из лидирующих мест в Европе – 13,5 л на душу населения в год. За последние 35 лет потребление россиянами крепких алкогольных напитков выросло на 20,7%, а пива – более чем в 3 раза, максимум потребления алкоголя в нашей стране приходится на возрастные группы 20-29 и 30-39 лет [Мартиросян М.М., 2009].

Курение является одним из наиболее значимых факторов риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Частота курения в России является одной из самых высоких в мире. Доля ежедневно курящих наиболее велика среди лиц трудоспособного возраста и колеблется от 67% до 88,1% мужчин [Долгалев И.В., 2008]. На долю курящих мужчин в возрасте 30-49 лет, активно заботящихся о своем здоровье, приходилось 58,6% случаев, что достоверно ниже такового показателя среди мужчин, пассивно относящихся к своему здоровью (72,3%) [Максимова Т.М., 2005].

Здоровьесохраняющие технологии, разработанные с учетом факторов

непроизводственного и производственного риска, принципов преемственности и этапности, показали высокую медицинскую результативность, социальную и экономическую эффективность [Королев С.В., 2014].

1.3. Профилактика неинфекционных заболеваний у населения трудоспособного возраста

В настоящее время НИЗ являются основным фактором сокращения продолжительности жизни и инвалидности. Тем самым нанося серьезный ущерб показателям здоровья населения, что обуславливает необходимость разработки соответствующей стратегии государственной здоровьесохранной политики [Aust B., 2012]. Международный опыт свидетельствует о том, что устойчивый вектор снижения смертности от указанных заболеваний и контроль над НИЗ возможен только на условиях системного межведомственного сотрудничества, направленного на популяризацию профилактических мер [Здоровье-21]. Очевидно, что такая работа требует участия заинтересованных сторон как со стороны государства, институтов гражданского общества и бизнеса, так и активной позиции со стороны гражданина [Амлаев К.Р., 2010; Roesler J., 2009; Лебедева-Несевря Н.А., Елисеева С.Ю., 2018].

Национальный проект «Здоровье», начало реализации которого датируется 2006 годом, ориентирован на повышение качества и доступности медицинской помощи. Реализация данного проекта на основе межведомственного взаимодействия предполагает «укрепление первичного звена медицинской помощи, увеличение объемов и качества оказываемой медицинской помощи, совершенствование профилактических мероприятий, а также пропаганду здорового образа жизни» [Национальные проекты, 2006]. Важным элементом этого национального проекта стало проведение диспансеризации российских граждан, в том числе – представителей социальной сферы [Зудин А.Б., Щепин В.О., 2016; Линденбратен А.Л.,

Гришина Н.К., Ковалева В.В., Филиппова В.И., Сердюковский С.М., Головина С.М., Загоруйченко А.А., Соловьева Н.Б., 2016; Сененко А.Ш., Савченко Е.Д., Сон И.М., Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Дзюба Н.А., 2019]. Не смотря на то, что в зарубежной практике используется понятие «скрининг», который в соответствии с определением Национального комитета по скринингу Великобритании определяется как «систематическое использование тестов или опроса для выявления лиц, подверженных достаточному риску развития конкретного расстройства, с тем чтобы подтвердить необходимость дальнейших исследований или непосредственных профилактических мероприятий в отношении лиц, которые не обращались за медицинской помощью в связи с симптомами данного расстройства» [First Report of the National Screening Committee. Health Departments of the United Kingdom, 1998], в российскую практическую лексику данный неологизм не вошел, «диспансеризация» осталась общеупотребительным термином, отражающим синонимичное значение.

По мнению ряда ученых, «наиболее активные перемены в плане совершенствования мер профилактики НИЗ в ПМСП в Российской Федерации начались в 2013 году с внедрением в практику диспансеризации взрослого населения на новой методологической и организационной основе. Массовая диспансеризация взрослого населения была выбрана в качестве меры для ускорения снижения смертности населения Российской Федерации, темп которой пока является недостаточным. Диспансеризация относится к мерам стратегии высокого риска снижения преждевременной смертности населения, центральным элементом которой является выявление в популяции лиц с повышенным риском развития НИЗ» [Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В., 2014].

Мощным толчком к развитию диспансерного наблюдения и содержательного совершенствования медицинских осмотров населения и диспансеризации стал принятый в 2011 году Федеральный Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В

соответствии с планом его реализации был принят «Порядок диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок диспансеризации) [Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения: Приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 года № 1006н], разработка которого учитывала специфику организации системы здравоохранения и медицинского обслуживания населения, а также – зарубежный опыт организации скрининга и накопленный в предыдущие годы российский опыт диспансеризации. Практически в это же время принимается Порядок проведения профилактического медицинского осмотра (Приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 года № 1011н) [Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров: Приказ Минздрава России от 6 декабря 2013 года № 1011н], который рассматривается как замещающий вариант сокращенного диспансерного осмотра.

Процесс контроля НИЗ и других хронических заболеваний после их выявления регламентирован Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».

Согласно докладу Министерства здравоохранения Российской Федерации об итогах диспансеризации граждан, прошедшей в 2018 году, были получены следующие результаты (таблица 1.1).

Практический опыт медицинского обслуживания населения как в России, так и в зарубежных странах свидетельствует о том, что профилактическая деятельность на уровне населения является наиболее устойчивой стратегией в долгосрочной перспективе, в ней заложен большой оздоровительный потенциал [Москаленко В.Ф., 2009; Caruso C., 2010; Burman R., 2014].

Таблица 1.1.

Результаты диспансеризационной кампании 2018 года.

Показатель	Значение
Диспансеризацию прошли	21,9 миллиона граждан (92 % от запланированного количества)
Выявлены заболевания, требующие наблюдения у врача	54 % обследованных
Признаны здоровыми	30% обследованных
Установлена 1 группа здоровья	29 % обследованных
Установлена 2 группа здоровья	17 % обследованных
Установлена 3 группа здоровья	54 % обследованных

Таким образом, 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 в данном диссертационном исследовании был разработан комплекс научно-обоснованных мероприятий медико-социального и организационного характера, направленных на формирование здоровьесберегающего поведения, профилактику и снижение заболеваемости работников социальной сферы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЕГО БАЗЫ

2.1. Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач под наблюдением находилось взрослое население одного из субъектов РФ – Рязанской области, расположенной в Центральном Федеральном округе Российской Федерации. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики Рязанской области, по состоянию на 01.01.2020 г., общая численность населения области составляет 1 108 847 человек. Городское население – 815 068 человек (70,97%).

Объект исследования – трудовые ресурсы Рязанской области – 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:

- научные публикации российских и зарубежных авторов;
- официальные документы ВОЗ;
- официальные доклады Министерства здравоохранения Российской Федерации и Рязанской области о состоянии здоровья населения в России и в указанном регионе;
- база Федеральной и региональной службы государственной статистики (Росстат и Рязаньстат);
- учетно-отчетная документация;
- данные социологического опроса работников социальной сферы Рязанской области;
- первичная медицинская документация 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 (табл. 2.1).

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.

Таблица 2.1

Программа исследования.

Этапы исследования	Источники информации	Объем, период	Методы исследования
1. Оценка степени разработанности проблемы и определение программы исследования	Отечественные и зарубежные источники литературы	230 источников, из них 60 - зарубежные	Библиографический Аналитический
2. Оценка состояния здоровья работников социальной сферы - по данным обращаемости; - по данным диспансеризации	База Росстата Учетно-отчетные формы Первичная медицинская документация	32 формы статистической отчетности (фф. 12, 14, С51) 935 медицинских карт амбулаторного больного (ф. № 025/у) 774 талона на законченный случай временной нетрудоспособности и (ф. 025-9у-96)	Медико-статистический Аналитический Сравнительный анализ Математико-статистический
3. Установление медико-социальной характеристики работников различных видов социальной сферы и факторов риска потерь их здоровья	Социологический опрос Карты учета диспансеризации	935 анкет 116 карт учета дополнительной диспансеризации работающих граждан	Социологический Сравнительный анализ Математический
4. Анализ существующей законодательной базы, касающейся вопросов охраны здоровья населения, и формирования у него мотивации здорового образа жизни как по Российской Федерации в целом, так и по Рязанской области	Нормативных правовые акты по РФ и по Рязанской области (законы, постановления, приказы)	17 документов по РФ 17 документов по Рязанской области 2001-2019 гг.	Аналитический
5. Разработка предложений по формированию здорового образа жизни, предупреждению заболеваний и оптимизации медико-социальной помощи работникам социальной сферы в современных условиях	Программы региональных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний	1990-2019 гг.	Аналитический

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 (табл. 2.2) на предмет исследования демографических показателей Рязанской области за период 2009-2019 годы, включая показатели здоровья населения, а также деятельности учреждений здравоохранения региона.

Таблица 2.2

Перечень учетно-отчетной документации.

№ п/п	Форма №	Название формы
1	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации
2	14	Сведения о деятельности стационара
3	С51	Сведения об умерших по полу, возрасту и причинам смерти
4	131/у-ДД-10	Карта учета диспансеризации работающего гражданина
5	12-Д-1-10	Сведения о диспансеризации работающих граждан
6	12-Д-2-10	Сведения о результатах диспансеризации работающих граждан
7	025/у	Медицинская карта амбулаторного больного
8	025-9у-96	Талон на законченный случай временной нетрудоспособности

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 (формы 131/у-ДД-10, 12-Д-1-10, 12-Д-2-10, 025/у, 025-9у-96) работников образования, здравоохранения и предоставления социальных услуг.

Репрезентативная выборка была определена по таблице В.И. Паниотто с допущением 5% ошибки [Паниотто В.И., Максименко В.С., 2004.] (табл.2.3).

Специально разработанная анкета (ПРИЛОЖЕНИЕ 1) включала следующие блоки (таблица 2.3).

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.

Информационные блоки социологического исследования

БЛОК		СОДЕРЖАНИЕ
1	демографическая и социальная характеристика	место жительства, возраст, семейное положение, уровень образования, социального положения
2	факторы риска потерь здоровья	медико-социальные и психосоциальные факторы, не связанные с отношением к собственному здоровью, условно были подразделены на две подгруппы: - связанные с условиями труда (удовлетворенность работой, психо-эмоциональная и физическая нагрузка, наличие профессиональных вредностей на рабочем месте, средний уровень доходов); - связанные с особенностями быта и семейным положением.
3	состояние здоровья	информация о распространенности и структуре у них хронической патологии, которая распределялась по классам болезней в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)
4	здоровьесберегающее поведение, медицинская активность, мнение о мерах профилактики заболеваемости	отношение к собственному здоровью, наличие вредных привычек; мнение респондентов о необходимых мерах по профилактике неинфекционных заболеваний

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 был проведен анализ программ 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.

2.2. Характеристика базы исследования

В Рязанской области организована система профилактической помощи, включающая в себя: ГКМПУЗ «Рязанский областной центр медицинской профилактики», 7 центров здоровья, 11 отделений и 21 кабинет медицинской профилактики. В медицинских организациях Рязанской области работает 98 школ и кабинетов здоровья для больных с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, заболеваниями суставов и позвоночника, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, находящихся на гемодиализе с хронической почечной недостаточностью, для беременных.

В Рязанской области ведется активная работа по пропаганде здорового образа жизни в соответствии с долгосрочными целевыми программами. В рамках данных программ проводятся следующие мероприятия:

- улучшение состояния здоровья граждан, формирование у населения здорового образа жизни;
- проведение мероприятий, направленных на повышение уровня знаний населения о ЗОЖ;
- создание условий для формирования ЗОЖ;
- формирование в общественном сознании установок на умеренность в потреблении алкогольных напитков и на отказ от их употребления;
- снижение уровня потребления алкогольных напитков населением Рязанской области, в том числе несовершеннолетними лицами.

Ежедневно при осмотре каждого пациента на приеме в поликлинике и в стационаре врачи проводят работу, направленную на формирование приоритетов здорового образа жизни. Дают конкретные рекомендации каждому пациенту по необходимой диете, дозированной физической нагрузке, борьбе с вредными привычками, с лишним весом, гиподинамией, профилактике вредных привычек (употребления спиртных напитков, курения, употребления наркотических веществ), профилактике социально значимых заболеваний.

В течение 2018 года медицинскими работниками Рязанской области проведено 168054 бесед, прочитано 7605 лекций. Данная работа проводится в тесном взаимодействии со средствами массовой информации, медицинскими работниками принято участие в 204 передачах на телевидении, организовано 67 бесед на радио, напечатано 617 статей в газетах. В медицинских организациях Рязанской области регулярно выпускаются наглядные материалы (буклеты, брошюры, методические разработки) по профилактике вредных привычек, рациональному питанию и пропаганде здорового образа жизни. В 2018 году выпущен 13001 санитарный бюллетень.

Кроме этого, в Рязанской области были реализованы долгосрочные целевые программы по профилактике основных социально значимых заболеваний:

- «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в

Рязанской области» на 2007-2011 гг. (Закон Рязанской области от 15.12.2006 г. № 172-ОЗ);

- «Онкогематология на 2010-2014 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 21.10.2009 г. № 290);

- «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда в Рязанской области на 2010-2014 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 21.10.2009 г. № 289);

- «Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на территории Рязанской области на 2010-2014 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 09.12.2009 г. № 337);

- «Комплексные меры противодействия злоупотреблению алкогольной продукцией и формирования здорового образа жизни населения в Рязанской области на 2011-2015 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 17.11.2010 г. № 290);

«Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Рязанской области на 2011-2014 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 22.12.2010 г. № 343);

- «Комплексная программа профилактики правонарушений и борьбы с преступностью в Рязанской области на 2011-2015 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 10.11.2010 г. № 282);

- «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Рязанской области на 2011-2014 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 15.12.2010 г. № 324).

Ежегодно утверждаются приказы о проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров. Уделяется внимание работе функциональных центров государственных бюджетных учреждений здравоохранения Рязанской области, комиссии по реализации мер, направленных на охрану здоровья населения Рязанской области от воздействия окружающего табачного дыма и

последствий потребления табака, мероприятиям по снижению смертности от болезней системы кровообращения. Также был утвержден Порядок рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Тенденции и состояние здоровья населения Рязанской области по данным официальной статистики

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. График изменения численности населения области за период 2009-2020 гг. представлен на рисунке 3.1.

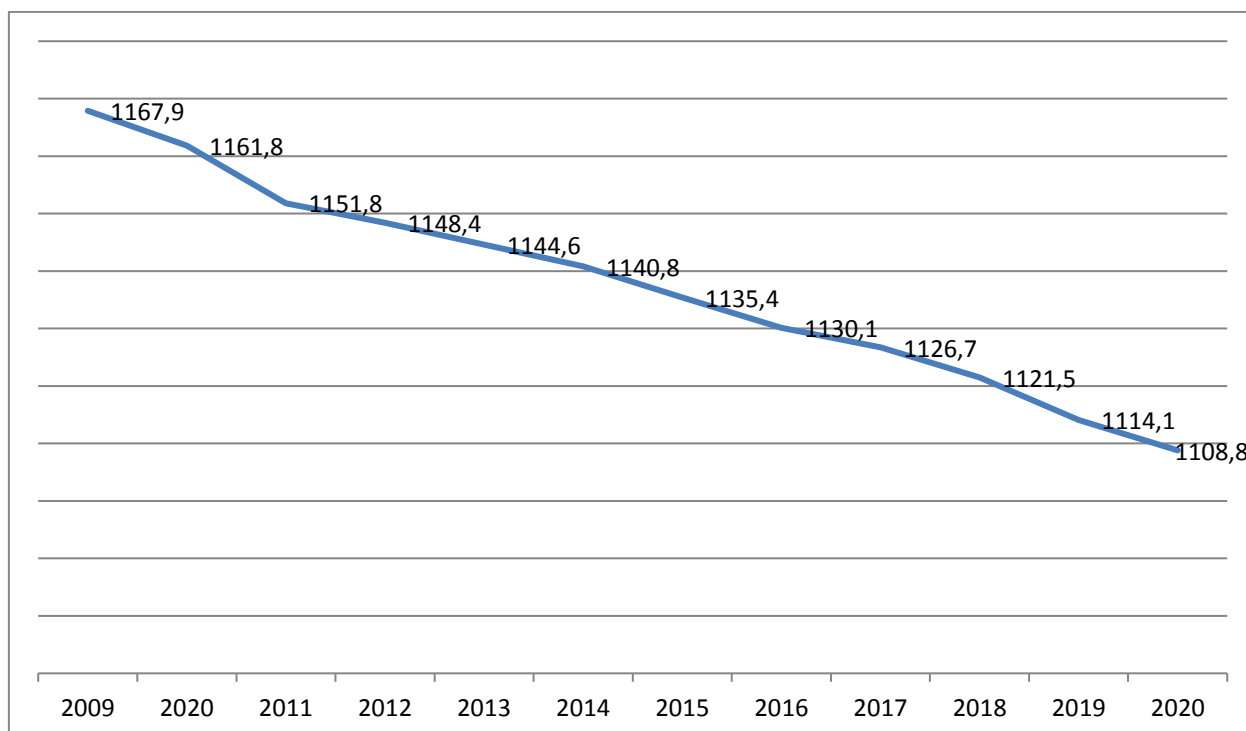


Рисунок 3.1. Численность населения Рязанской области, 2009-2020 гг. (на начало года), тыс. чел.

Следует отметить, что сокращение численности населения в области происходит равномерно как за счет городского, на долю которого приходится около 72%, так и сельского населения. Постоянным остается соотношение мужчин и женщин – 1193-1190 женщин на 1000 мужчин.

За период 2009-2019 гг. в Рязанской области наметилась тенденция к

сокращению лиц трудоспособного возраста и рост числа жителей старше трудоспособного возраста. На 01.01.2020 г. население трудоспособного возраста составило 602774 чел., что составляет 54,4% (рис. 3.2). В связи с этим произошел рост коэффициента демографической нагрузки с 682 в 2009 г. до 840. Этот показатель несколько выше, чем в среднем по Российской Федерации: по оценке ООН, коэффициент демографической нагрузки в России составляет 512 детей и пожилых граждан на 1000 человек в возрасте 15–64 лет. Росстат оценивает коэффициент демографической нагрузки на начало 2020 года в 775 нетрудоспособных граждан.

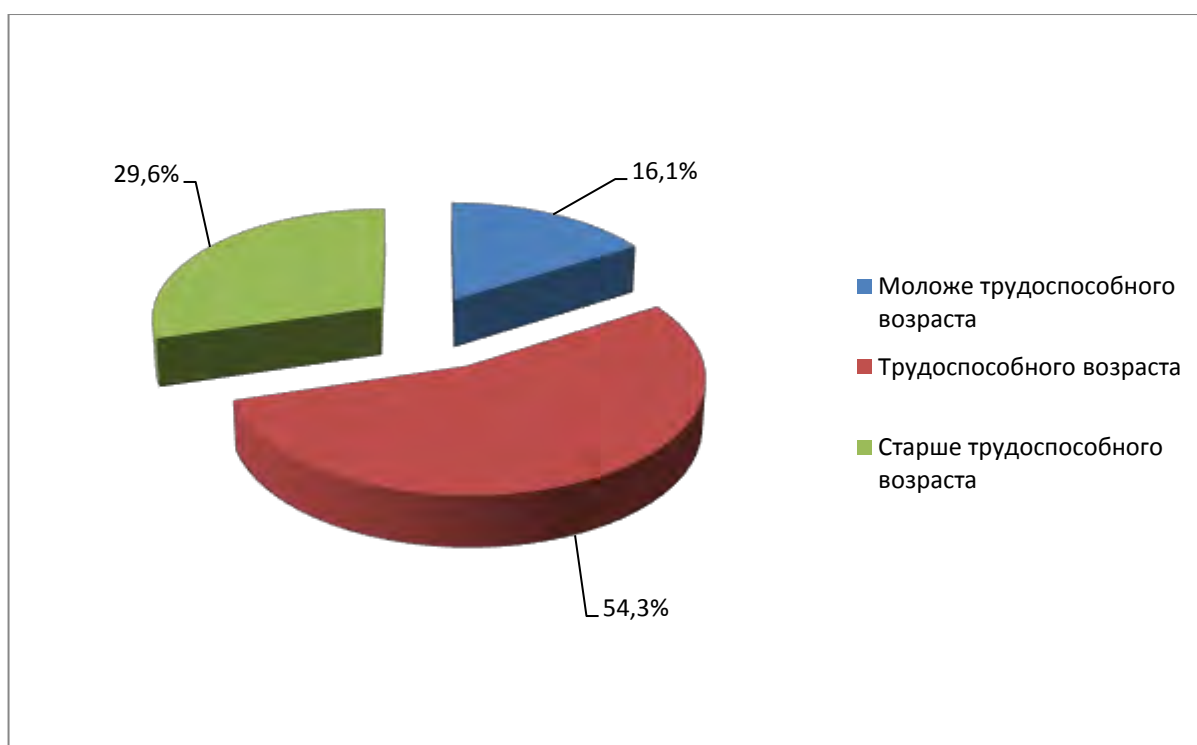


Рисунок 3.2. Возрастная структура населения Рязанской области на 01.01.2020 г. (в %)

По состоянию на 01.01.2020 г. в Рязанской области численность занятых в сфере образования составила 44,2 тыс. человек, работающих в сфере здравоохранения и социальных услуг – 33,5 тыс. человек.

Заболеваемость. 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%).

Показатели заболеваемости населения Рязанской области по основным классам болезней за 2015-2019 гг. представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Заболеваемость населения Рязанской области по основным классам болезней за 2015-2019 гг.

		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
1.	Всего, тыс.чел					
	Все болезни	792,4	787,3	795,4	771,1	806,5
2.	На 10 000 человек населения					
	Все болезни	6962,2	6950,3	7049,0	6859,8	7214,9

При этом тенденция к росту заболеваемости отмечается в РФ в целом (рост на 4,7%) Однако уровень заболеваемости в Рязанской области колеблется то несколько ниже, то несколько выше, чем в указанной территории. В последние два года наметилась тенденция к снижению процесса как в РФ, так в ЦФО и Рязанской области.

Динамика показателей заболеваемости, установленной впервые, по различным классам болезни представлена в табл. 3.2.

За период 2009-2019 годы снизилась заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями (на 29,4%), новообразованиями (на 6,3%), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 4,8%). Следует отметить значительный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения (на 77,9%), врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями (на 44,4%), болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушениями обмена веществ (на 34,8%), болезнями органов дыхания (на 29,8%), травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин (на 24,4%).

Таблица 3.2

Заболееваемость населения с диагнозом, установленным впервые, в Рязанской области, в 2009-2019 гг. (на 1000 населения)

	2009	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2009 темп прироста/ снижения, %
	Всего, тысяч человек						
Все болезни	651,3	792,4	787,3	795,4	771,1	806,5	23,8
из них:							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	42,9 (4*)	42,9	36,9	32,9	33,9	30,3	-29,4
новообразования	14,5 (11)	19,1	13,0	12,4	13,8	13,6	-6,3
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2,3 (14)	2,5	2,6	2,5	2,5	2,3	0,0
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	11,2 (13)	13,4	12,9	18,0	15,8	15,1	34,8
болезни нервной системы	12,1 (12)	13,8	13,2	14,3	13,9	12,7	5,0
болезни глаза и его придаточного аппарата	30,8 (7)	36,3	37,1	32,1	30,0	31,4	1,9
болезни уха и сосцевидного отростка	25,0 (8)	27,7	25,6	25,6	25,5	24,9	-1,0
болезни системы кровообращения	22,7 (9)	30,9	38,3	42,3	39,2	40,4	77,9
болезни органов дыхания	280,3 (1)	332,5	335,2	344,7	342,9	363,8	29,8
болезни органов пищеварения	22,0 (10)	22,4	23,5	24,9	25,0	24,0	9,0
болезни кожи и подкожной клетчатки	46,7 (3)	51,3	50,8	46,3	47,5	48,2	4,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	31,4 (6)	30,9	31,6	32,9	31,3	29,9	-4,8
болезни мочеполовой системы	42,5 (5)	44,5	46,6	41,2	42,3	42,5	0,0
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,8 (15)	2,2	2,0	3,4	2,2	2,6	44,4
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	84,3 (2)	98,3	98,2	101,4	86,0	104,9	24,4

*ранговое место

Вместе с этим, структура заболеваемости населения Рязанской области мало изменилась. По-прежнему, первые ранговые места занимают болезни органов дыхания, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни кожи и подкожной клетчатки. Четвертое место стали занимать болезни мочеполовой системы, которые потеснили инфекционные и паразитарные болезни.

Важной характеристикой состояния здоровья населения является распространенность социально-значимых заболеваний. По сравнению с 2009 г. в Рязанской области как в РФ в целом значительно снизилась заболеваемость сифилисом (80,0%). Сократилось число случаев алкоголизма и алкогольных психозов (54%). Однако выросла распространенность психических расстройств и расстройств поведения (5,7%) и наркомании (34,1%) (табл. 3.3).

Таблица 3.3.

Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями за 2009-2019 гг. (на 100 000 населения).

Болезни / Территории	2009 г.	2012 г.	2015 г.	2019 г.	2019/2009 темп прироста (снижения) %
Сифилис					
РФ	53,3	33,0	23,5	24,6	-53,8
РО	32,6	17,7	13,6	6,5	-80,0
Психические расстройства и расстройства поведения					
РФ	51,9	47,7	42,3	59,1	13,9
РО	44,1	36,2	34,8	46,6	5,7
Алкоголизм и алкогольные психозы					
РФ	112,5	85,7	70,9	52,8	-53,1
РО	111,5	79,7	72,2	51,3	-54,0
Наркомания					
РФ	17,8	13,9	14,1	10,2	-42,7
РО	12,9	9,7	29,5	17,3	34,1

Следует отметить, что, несмотря на указанные выше неблагоприятные тенденции распространенности социально-значимых болезней среди населения Рязанской области, заболеваемость сифилисом значительно ниже,

чем в Российской Федерации в целом.

Обращает внимание высокий уровень наркомании в 2019 г., значительно превышающий таковой в РФ – 17,3 против 10,2 соответственно, на 100 000 населения соответствующего возраста и пола.

Общая смертность. Динамика числа смертей в Рязанской области в сравнении с общероссийскими значениями характеризуется следующими данными (табл. 3.4.).

Таблица 3.4

Динамика естественного движения населения за период 2009-2019 гг. чел.

Годы	Российская Федерация			Рязанская Область		
	родившихся	умерших	естественный прирост	родившихся	умерших	естественный прирост
2009	1761687	2010543	-248856	11643	20573	-8930
2014	1942683	1912347	30336	12476	18336	-5860
2015	1940579	1908541	32038	12560	17896	-5336
2016	1888729	1891015	-2286	12792	18020	-5228
2017	1690307	1826125	-135818	11006	17176	-6170
2018	1604344	1828910	-224566	10273	17185	-6912
2019	1481074	1798307	-317233	9236	16853	-7617

За анализируемый период произошло снижение (на 13,5%) смертности населения Рязанской области с 17,8 в 2009 году до 15,4 в 2019 г. на 1000 населения. Следует отметить, что ее уровень стабильно превышает общероссийские показатели (рис. 3.3).

Положительная динамика показателей смертности населения Рязанской области произошла за счет сокращения абсолютного числа случаев смерти от всех основных причин – инфекционных и паразитарных болезней (на 53,6%), болезней органов дыхания (на 18,9%), системы кровообращения (на 42,0%), внешних причин (на 42,1%). Прирост числа смертей наблюдается только по причинам, связанным с болезнями органов пищеварения – на 1,6% (табл. 3.5).

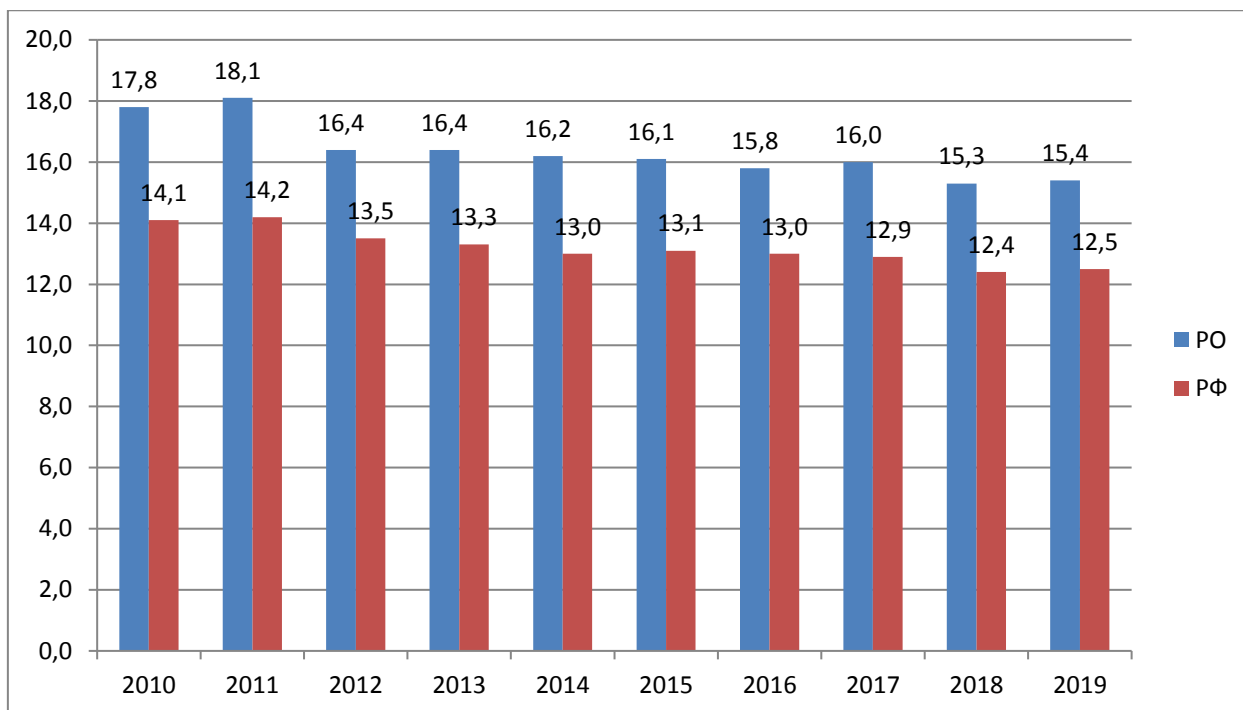


Рисунок 3.3. Динамика коэффициента естественного движения населения РО и РФ на 1000 чел. в период 2009-2019 гг. (в %).

Таблица 3.5

Число смертей от основных причин в Рязанской области, 2009-2019 гг., человек

Болезни	2009 г.	2012 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	2019/2009 темп прироста (снижения) %
Инфекционные и паразитарные болезни	181	168	116	79	84	-53,6
Новообразования	2889	2922	2638	2476	2304	-20,2
Болезни системы кровообращения	11679	10747	9013	6761	6769	-42,0
Болезни органов дыхания	753	683	850	723	611	-18,9
Болезни органов пищеварения	915	701	877	866	930	1,6
Внешние причины	1842	1483	1453	1074	1067	-42,1

Произошедшие изменения не привели к изменениям в структуре общей смертности населения. Первые ранговые места в 2009 г. и в 2018 г. занимали болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины. Далее в структуре общей смертности располагались болезни органов

пищеварения и дыхания. Положительной тенденцией является динамика снижения смертности населения по всем классам болезней, кроме органов пищеварения.

Смертность населения Рязанской области от внешних причин характеризуется следующими показателями (табл. 3.6.)

Таблица 3.6

Показатели смертности населения от внешних причин в 2019 г. (абс. и на 100 тыс. населения)

	абс. число	на 100 тыс. населения
транспортные несчастные случаи всех видов	191	15,3
в том числе: дорожно-транспортные происшествия	156	11,4
случайные отравления алкоголем	61	10,0
самоубийство	41	4,7
убийство	19	2,1
случайное утопление	9	1,8

Таким образом, по данным официальной статистики, в Рязанской области на фоне сокращения численности населения и доли лиц трудоспособного возраста в целом отмечается снижение темпов роста заболеваемости и снижение уровня общей смертности.

3.2. Заболеваемость работников социальной сферы

3.2.1. Заболеваемость по данным обращаемости

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 (табл. 3.7).

Общая и первичная заболеваемость работников социальной сферы по основным классам болезней в 2018 г. (на 1000 человек)

Классы болезней по МКБ-10	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	
		Росстат	по обращаемости
Всего заболеваний	1228,5	689,4	441,6*
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	14,3	33,7	9,1*
новообразования	56,2	12,2	7,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,7	2,0	1,5
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	94,8	12,3	12,6
болезни нервной системы	40,6	12,1	5,9*
болезни глаза и его придаточного аппарата	62,9	29,8	11,9*
болезни уха и сосцевидного отростка	44,5	24,0	21,1
болезни системы кровообращения	234,8	21,7	43,1*
болезни органов дыхания	227,1	297,1	180,0*
болезни органов пищеварения	64,5	20,1	14,4
болезни кожи и подкожной клетчатки	18,5	43,1	11,6*
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	125,9	26,0	16,8
болезни мочеполовой системы	68,2	36,0	24,8
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,2	2,0	0,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	1228,5	689,4	441,6*

* межгрупповые различия достоверны, $p < 0,05$

Наиболее близкие значения показателей заболеваемости отмечались при болезнях крови и кроветворных органов (1,5 и 2,0 на 1000 человек), болезнях эндокринной системы (12,6 и 12,3), уха и сосцевидного отростка

(21,1 и 24,0), органов пищеварения (14,4 и 20,1). Значительно различались показатели по классу инфекционных и паразитарных болезней – у исследуемой группы – 9,1 на 1000 человек, а по области в целом – 33,7 (в 3,7 раза выше), болезней кожи и подкожной клетчатки – 11,6 против 43,1 (в 3,7 раза выше), нервной системы – 5,9 против 12,1 (в 2 раза выше), глаза и его придаточного аппарата – 11,9 против 29,8 (в 2,5 раза выше), травм и отравлений – 36,7 против 86,9 (в 2,4 раза выше).

Только заболеваемость болезнями системы кровообращения была выше в группе лиц, относящихся к социальной сфере – 43,1 против 21,7 на 1000 населения соответствующего возраста и пола.

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. 3.4).



Рисунок 3.4. Структура общей заболеваемости по обращаемости работников социальной сферы в 2018 г. (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. 3.5).



Рисунок 3.5. Структура первичной заболеваемости по обращаемости работников социальной сферы в 2018 г. (в %)

«Особое место в теории и практике здравоохранения в последние годы занимают факторы здоровья и риска, т.е. явления повседневной жизни, образа жизни работников социальной сферы. Наличие сложного комплекса этих факторов требует всесторонней оценки здоровья трудовых коллективов в аспекте «организм — среда — поведение». В этой связи возникает настоятельная необходимость изучения комплекса факторов в возникновении заболеваний, влекущих временную утрату трудоспособности», - отмечает Костакова Т.А. По мнению автора, «прогнозирование риска возникновения заболеваний с временной

нетрудоспособностью и разработка рекомендаций по ее первичной профилактике имеет большое значение, так как приоритетность профилактической медицины будет в ближайшее время безусловной в связи с тем, что она при значительно более высокой эффективности требует меньших экономических затрат, чем вторичная и, тем более, третичная профилактика» [Костакова Т.А., 2011].

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди изучаемого контингента показал, что в 2018 г. 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 $60,99 \pm 1,76$, $p < 0,05$.

В структуре ЗВУТ ведущее место занимают болезни органов дыхания (34,1%). Последующие места в структуре ЗВУТ по числу случаев занимают болезни костно-мышечной системы (22,4%), органов пищеварения (14,4%), системы кровообращения (12,5%) (табл. 3.8, рис. 3,6).

Таблица 3.8

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников социальной сферы по основным классам болезней в 2018 г. (%/М±m, дни)

	Структура заболеваемости ЗВУТ, в %	Средняя длительность одного случая ЗВУТ, М±m, в днях
Всего заболеваний	-	10,29±1,85
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1,66	12,73±1,97
новообразования	1,22	29,27±3,35
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,33	24,83±2,85
болезни системы кровообращения	12,5	13,75±1,52
болезни органов дыхания	34,1	7,21±1,11
болезни органов пищеварения	14,4	11,98±1,78
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	22,4	10,96±1,99
болезни мочеполовой системы	5,97	13,39±1,17
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,5	11,58±1,57



Рисунок 3.6. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников социальной сферы по основным классам болезней в 2018 г. (в %)

Довольно часто случаи временной нетрудоспособности были связаны с различными внешними причинами (6,5%) и болезнями мочеполовой системы (5,97%). Менее 2% приходилось на инфекционные заболевания, новообразования, болезни крови и кроветворных органов.

В течение исследуемого промежутка времени в среднем число ЗВУТ по числу дней на 100 работающих в рассматриваемых нами профессиональных группах достигало $753,41 \pm 4,18$ дней нетрудоспособности. Средняя длительность одного случая ЗВУТ составила $10,29 \pm 1,85$ дня нетрудоспособности. У педагогов указанный показатель был выше, чем у врачей ($11,92 \pm 1,48$ против $9,01 \pm 1,43$ дней), однако эти различия не были достоверными, $p > 0,05$.

Наибольшее число дней нетрудоспособности связано с новообразованиями – до $29,27 \pm 3,35$ дней. Последующие места занимают

болезни системы крови ($24,83 \pm 2,85$ дней), системы кровообращения ($13,75 \pm 1,52$ дней), мочеполовой системы ($13,39 \pm 1,17$ дней), инфекционные заболевания ($12,73 \pm 1,97$ дней). Наименьшая продолжительность ЗВУТ отмечалась при болезнях органов дыхания ($7,21 \pm 1,11$ дней).

Средняя длительность одного случая ЗВУТ по отдельным причинам в различных профессиональных группах в основном не имела достоверных различий. Исключение составили новообразования, по поводу которых средняя длительность случая у врачей была значительно выше, чем у педагогов ($44,90 \pm 4,02$ против $27,83 \pm 3,12$ дней, $p < 0,05$) и инфекционные заболевания, продолжительность которых была несколько выше у педагогов ($17,12 \pm 1,83$ против $13,89 \pm 2,04$ дней, $p > 0,05$).

3.2.2. Заболеваемость по данным диспансерного наблюдения (на примере работников сферы образования)

Важнейшим приоритетом российского здравоохранения является профилактическое направление на основе применения диспансерного метода. Медицинский осмотр предусматривает комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

В 2018 г. Рязанская область на 99% выполнила план по диспансеризации, которая охватила 208 тыс. человек. Осуществляется работа в целях раннего выявления заболеваний и снижения влияния на здоровье человека факторов риска, таких как курение, избыточная масса тела и ожирение, повышенное артериальное давление, низкая физическая активность.

Проведение диспансеризации наблюдаемой группы лиц, работающих в образовательной сфере, 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.

Следует отметить, что 93,1% из вновь выявленных лиц с хроническими заболеваниями нуждались в амбулаторно-поликлиническом лечении, 6,9% – в стационарном.

Особенности состояния здоровья населения, занятого в образовательной сфере, находят свое отражение в их распределении по группам здоровья (рис. 3.7).

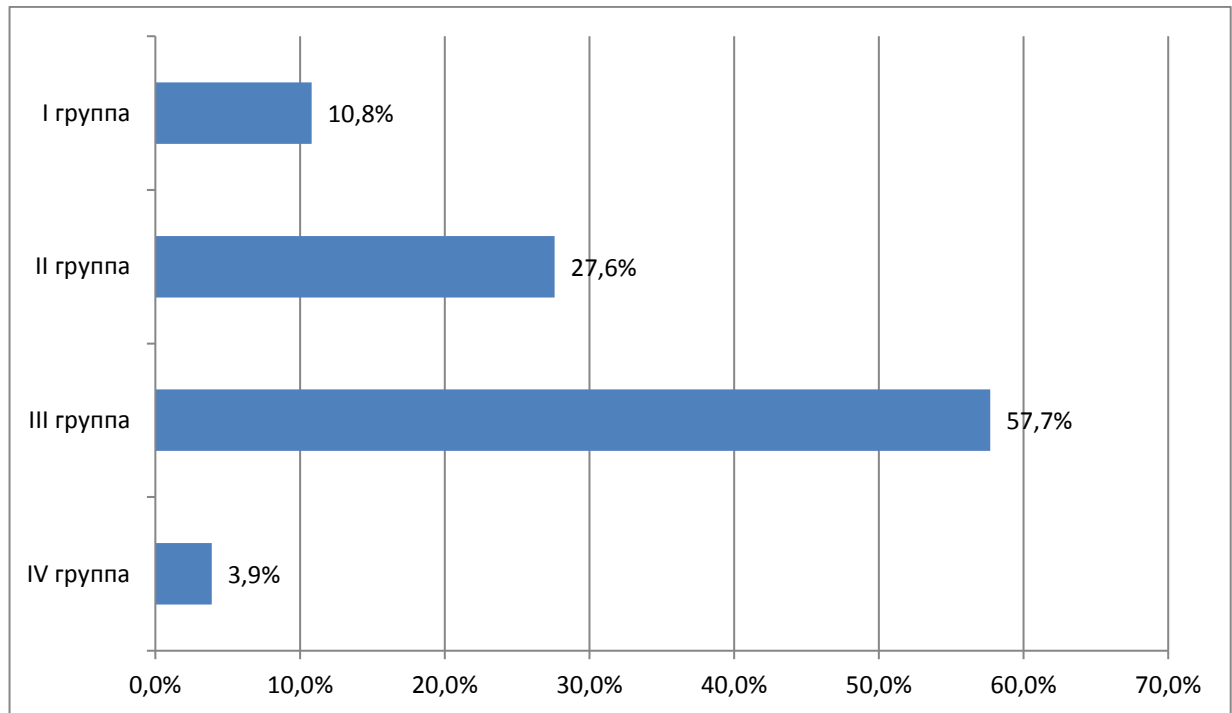


Рисунок 3.7. Распределение по группам здоровья работающих в образовательной сфере, по данным диспансерного наблюдения в 2018 г. (в %)

Таким образом, около 90% лиц, работающих в сфере образования, имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья или уже хронические заболевания, что, без принятия предупреждающих мер, внесет ощутимый вклад в статистические показатели заболеваемости последующих лет. Данному контингенту должно быть уделено пристальное внимание со

стороны специалистов учреждений профилактической направленности – центров медицинской профилактики, центров здоровья.

Сравнительный анализ показал, что с возрастом сокращается доля здоровых лиц – с 48,8% у 18-29-летних до 3,9% у 45-55/60-летних и увеличивается доля лиц, имеющих хронические заболевания, – с 17,1% до 73,4%, соответственно. При этом частота функциональных нарушений сначала нарастает – с 24,4% у 18-29-летних до 41% 30-44-летних, а затем резко падает – до 18,8% у 45-55/60-летних, что, вероятно, связано с переходом многих функциональных нарушений в стадию хронического заболевания (табл. 3.9).

Таблица 3.9

Распределение по группам здоровья работающих в сфере образования в зависимости от возраста, по данным диспансерного наблюдения в 2018 г. (в %)

Группы здоровья	Всего	Возраст		
		18-29 лет	30-44 года	45-55/60 лет
I группа	10,8	48,8	11,4	3,9*
II группа	27,6	24,4	41,0	18,8*
III группа	57,7	17,1	46,4	73,4*
IV группа	3,9	9,8	1,2	3,9*

* различия по возрастным группам достоверны, $p < 0,05$

Аналогичное распределение имело место при сопоставлении групп здоровья со стажем работы. Так, с увеличением стажа работы сокращается доля здоровых лиц – с 30% при стаже до 5 лет до 4% при стаже более 25 лет и увеличивается доля лиц, имеющих хронические заболевания, – с 30% до 72%, соответственно. При этом частота функциональных нарушений сначала нарастает – с 35% при стаже до 5 лет до 40,4% при стаже 5-15 лет, а затем значительно снижается – до 14% при стаже более 25 лет, что, вероятно, также связано с переходом многих функциональных нарушений в стадию

хронического заболевания (табл. 3.10).

По данным диспансеризации 2018 г., уровень распространенности заболеваний среди лиц, работающих в сфере образования, составил 616,1 на 1000 населения соответствующего возраста. Что на 39,5% больше, чем по обращаемости (441,6 на 1000).

Таблица 3.10

Распределение по группам здоровья работающих в сфере образования в зависимости от стажа работы, по данным диспансерного наблюдения в 2018 г. (в %)

Группы здоровья	Всего	Стаж работы			
		до 5 лет	5-15 лет	15-25 лет	более 25 лет
I группа	10,8	30,0	14,0	9,4	4,0*
II группа	27,6	35,0	40,4	31,3	14,0*
III группа	57,7	30,0	43,9	59,4	72,0*
IV группа	3,9	5,0	1,8	-	10,0*

* различия по возрастным группам достоверны, $p < 0,05$

Впервые выявленная заболеваемость среди работников составила 118,9 на 100 обследованных, при этом она была достоверно выше у женщин – 132,2 против 101,2, соответственно, $p < 0,05$ (табл. 3.8). Наиболее часто выявлялись болезни системы кровообращения (36,1 на 100 обследованных) как у мужчин, так и у женщин (35,7 и 36,3, $p > 0,05$). Довольно часто, не диагностированной ранее патологией, были болезни костно-мышечной системы – 26 на 100 обследованных. При этом достоверно чаще указанные заболевания чаще выявлялись у женщин – 30,9 против 17,2, $p < 0,05$. Довольно распространенной патологией были болезни глаза и его придаточного аппарата (15,6 на 100 обследованных), органов пищеварения (11,5) и мочеполовой системы (10,1), которые достоверно не отличались по частоте у мужчин и женщин.

Таблица 3.11

Заболеваемость по данным диспансеризации работников сферы образования по основным классам болезней в 2018 г. (на 100 обследованных)

Классы болезней по МКБ-10	Всего	Пол	
		Мужчины	Женщины
Всего заболеваний	118,9	101,2	132,2*
Новообразования	5,3	0,6(8)	7,9*(6)
Болезни эндокринной системы	8,3	2,5(7)	11,5*(4)
Болезни нервной системы	5,1	2,5(7)	6,5*(7)
Болезни глаза и его придаточного аппарата	15,6	14,0(4)	16,5(3)
Болезни системы кровообращения	36,1	35,7(1)	36,3(1)
Болезни органов дыхания	0,9	6,4(6)	1,4*(8)
Болезни органов пищеварения	11,5	14,7(3)	9,7(5)
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	26,0	17,2(2)	30,9*(2)
Болезни мочеполовой системы	10,1	7,6(5)	11,5(4)

* различия по гендерным группам достоверны, $p < 0,05$

Болезни эндокринной системы, новообразования и болезни нервной системы выявлялись с меньшей частотой, однако характеризовались значительным их преобладанием у женщин. Только болезни органов дыхания в несколько раз чаще регистрировались у мужчин (4,5 раза).

На рисунке 3.8 представлено ранговое распределение причин заболеваемости, выявленной у работников социальной сферы при диспансеризации.

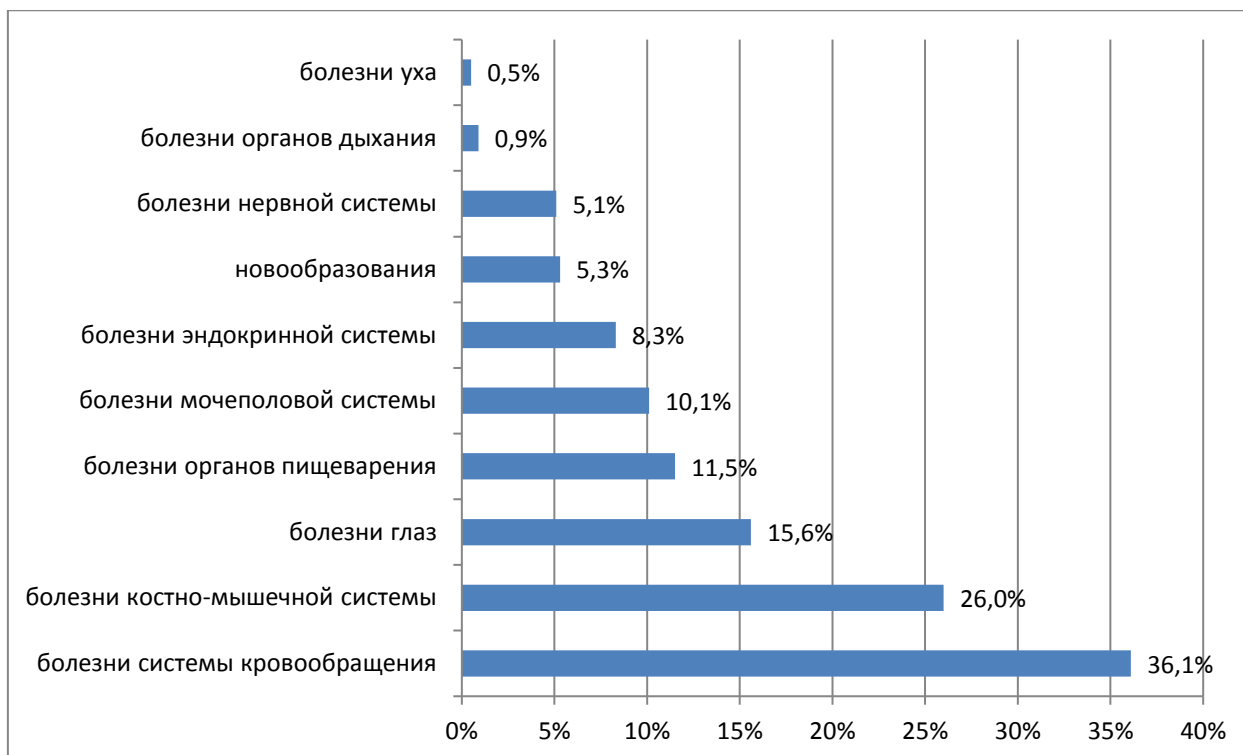


Рисунок 3.8. Структура заболеваемости у работающих в социальной сфере, выявленной при диспансеризации в 2018 г. (в %)

В связи с большей распространенностью ряда заболеваний у женщин, структура заболеваемости у них отличается от таковой у мужчин. Так, на более высоких ранговых местах, в отличие от мужчин, располагались болезни глаза (3 место у женщин, 4 место у мужчин), мочеполовой системы (4 и 5 место, соответственно), эндокринной системы (4 и 7 место) и новообразования (6 и 8 место).

Обследование выбранного контингента в процессе проведения диспансеризации обнаружило тот факт, что многие хронические заболевания у работников образования впервые выявляются именно в процессе диспансерного наблюдения, поскольку они не имеют практики своевременного обращения за медицинской помощью.

Таким образом, 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 обращаемости. Частота и число хронической патологии растет с возрастом работающих и их стажем.

ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННОГО КОНТИНГЕНТА РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

С целью изучения состояния здоровья, факторов риска развития заболеваний, а также медицинской активности лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере, нами был проведен социологический анкетный опрос 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.

4.1. Социально-демографическая характеристика работников социальной сферы Рязанской области

Распределение респондентов по возрасту выглядит следующим образом (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Распределение лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере по возрастным группам в зависимости от пола (в %)

Возраст (лет)	Пол		
	Мужской	Женский	Оба пола
30-34	19,3	16,6	18,2
35-39	31,4	33,1	32,1
40-44	49,3	50,3	49,7
Всего:	100,0	100,0	100,0

Установлено, что большинство опрошенных, как мужчин, так и женщин, пришлось на возрастную группу 40-44 лет (49,3% и 50,3% соответственно). Удельный вес представителей мужского пола в возрасте 35-39 лет составил 31,4%, женского – 33,1%. Доля женщин в возрасте 30-34 лет (16,6%) оказалась в 1,2 раза меньше, по сравнению с аналогичным показателем в группе мужчин (19,3%).

По уровню образования опрошенный контингент распределился

следующим образом. Более половины респондентов (57,8%) на момент проведения исследования имели высшее образование, почти каждый третий (31,5%) – среднее специальное. На долю респондентов с неоконченным высшим и общим средним образованием пришлось соответственно 5,6% и 5,1%. При этом необходимо отметить, что в группе мужчин удельный вес лиц, имеющих общее среднее образование (6,7%) в 2,5 раза превышает величину анализируемого показателя среди женщин (2,6%).

На рисунке 4.1 представлено распределение опрошенного контингента по отрасли социальной сферы, в которой они трудятся.

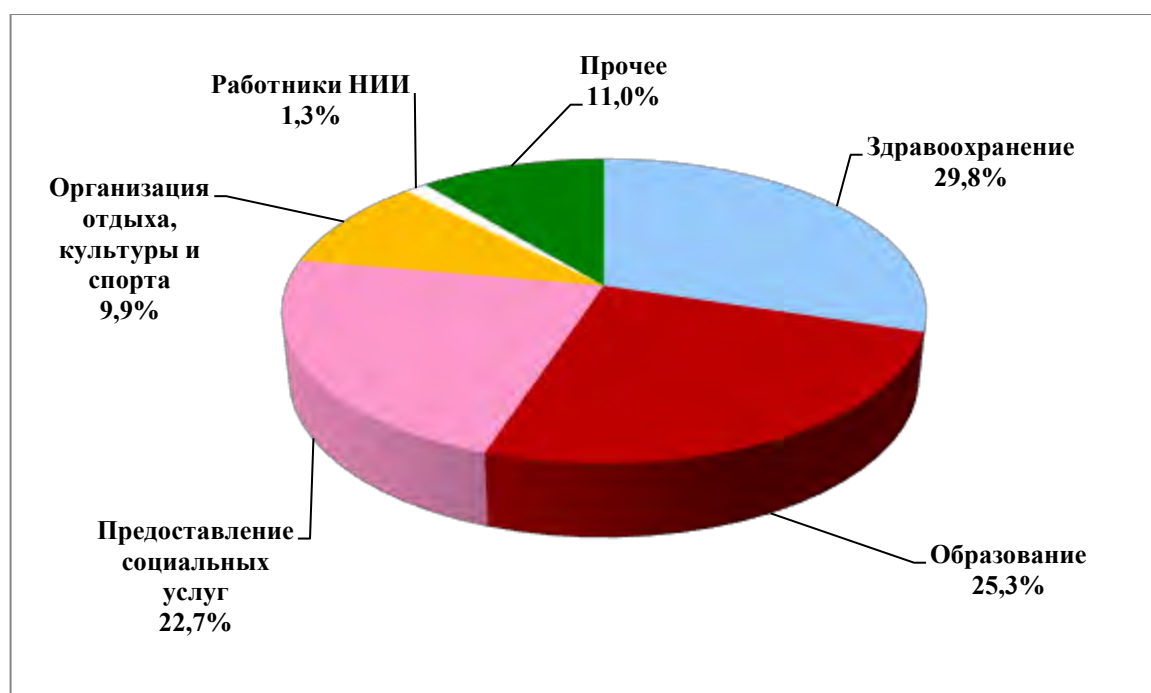


Рисунок 4.1. Распределение респондентов по отрасли социальной сферы, в которой они трудятся (в%)

Из рисунка видно, что 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 НИИ составили соответственно 9,9% и 1,3%.

Необходимо отметить, что наибольшая доля респондентов, имеющих высшее образование, определяется среди работников НИИ (80,1%) и сферы образования (74,5%). В группе представителей сферы здравоохранения высшее образование имеют 55,6%, среднее специальное – каждый третий

(33,3%). Среди респондентов, представляющих сферу социальных услуг, преобладают лица, имеющие среднее специальное образование (44,7%), на долю тех, кто имеет высшее образование, пришлось 42,4% опрошенных.

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%).

Каждый третий респондент (33,6%), являющийся работником социальной сферы хотел бы сменить место работы, в том числе 26,4% лиц, занятых в сфере здравоохранения, 32,3% – образования и 44,0% – предоставления социальных услуг. Причем подавляющее большинство опрошенных хотят сделать это по причине низкой заработной платы (рис. 4.2).

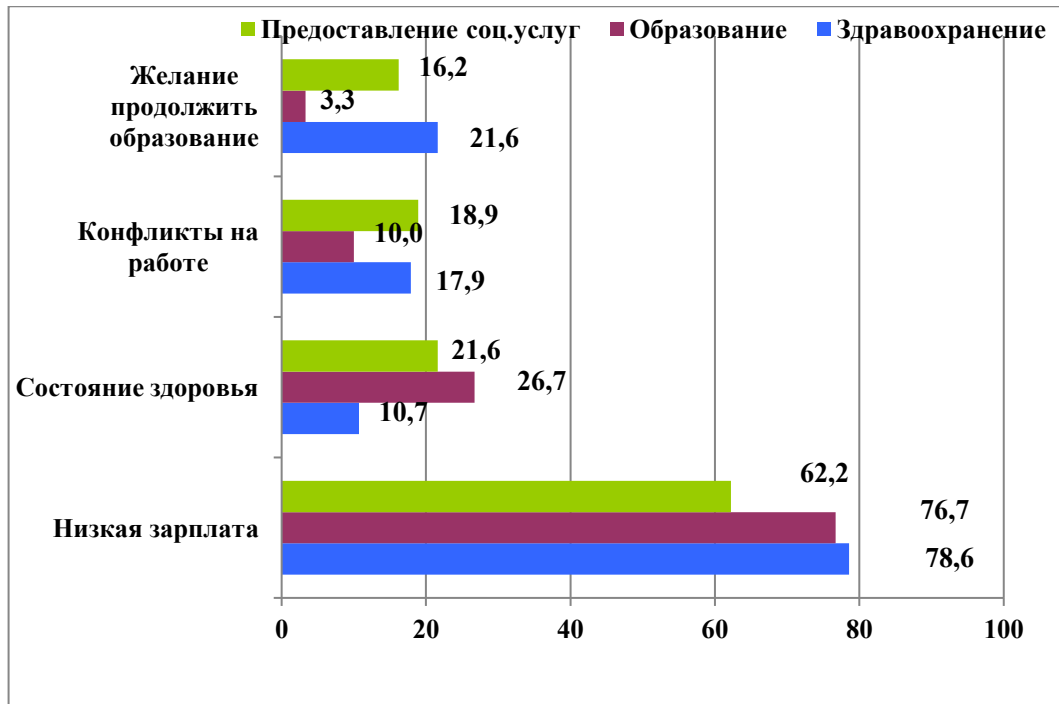


Рисунок 4.2. Причины, по которым респонденты разных отраслей социальной сферы хотят сменить работу (на 100 опрошенных)

Необходимо отметить, что среди лиц, занятых в сфере здравоохранения данный показатель является максимальным (78,6 на 100 опрошенных), даже, несмотря на то, что в данной группе ежемесячный уровень дохода на одного члена семьи превышает таковой в сравниваемых отраслях деятельности (сфера образования – 76,7, предоставления социальных услуг – 62,2).

По причине плохого состояния собственного здоровья хотят сменить работу 26,7 на 100 опрошенных занятых в сфере образования, что соответственно в 1,2 и 2,5 раза больше, чем среди респондентов, работающих в сфере предоставления социальных услуг (26,1) и здравоохранения (10,7).

Конфликтными ситуациями на работе в большей степени обеспокоены представители социальной сферы (18,9 на 100 опрошенных), а желающих продолжить обучение для смены профессиональной деятельности больше среди работников здравоохранения (21,6 на 100 опрошенных).

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) ($p < 0,01$).

Достоверно значимых различий при сравнении наиболее важных проблем респондентов, относящихся к разным отраслям социальной сферы, нами выявлено не было.

Согласно полученным нами данным состоят в официально зарегистрированном браке 78,8% респондентов, занятых в социальной сфере, в том числе 82,5% мужчин и 72,8% женщин. Находятся в разводе – 10,4% (7,6% мужчин и 17,2% женщин), вдовы – 4,2%, никогда не состояли в официально зарегистрированном браке – 6,6% опрошенных. При этом число вдовых женщин (6,7%) в 4,8 раза превышает количество овдовевших мужчин (1,4%), тогда как среди представителей мужского пола в 2,6 раза больше тех (8,5%), кто никогда не состоял в браке (в группе женщин величина данного показателя составила 3,3%).

При сравнении структуры семейного положения работников различных отраслей социальной сферы установлено, что наименьший удельный вес лиц, состоящих в браке приходится на респондентов, занятых в сфере здравоохранения (67,5%) (табл. 4.3). В этой же группе определяются и большие доли опрошенных, находящихся в разводе (13,8%) и никогда не состоявших в браке (13,0%).

Структура семейного положения работников различных отраслей социальной сферы (в %)

Семейное положение	Отрасль социальной сферы			
	Здравоохранение	Образование	Предоставление социальных услуг	По всем отраслям
Состоит в браке	67,6	83,0	88,1	78,8
Разведен(а)	13,8	6,4	10,5	10,4
Вдов(а)	5,6	6,3	0,4	4,2
Никогда не состоял в браке	13,0	4,3	1,0	6,6
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

В группе работников социальной сферы подавляющее большинство опрошенных состоят в зарегистрированном браке (88,1%), в разводе находится один из десяти (10,5%) и всего 1,0% лиц указали на то, что никогда не состояли в браке. Наименьшая доля респондентов, находящихся в разводе определяется среди работников сферы образования (6,4%), при этом в данной группе удельный вес вдовых лиц (6,3%) превышает уровень таковых в сравниваемых отраслях социальной сферы (здравоохранение – 5,6%, предоставление социальных услуг – 0,4%).

Установлено, что 12,5% респондентов не имеют детей, 44,8% опрошенных имеют одного ребенка, четыре из десяти (38,9%) – двоих и 3,8% – троих и более детей. При этом больше всего бездетных респондентов определяется среди работников сферы здравоохранения (21,3%). В группе лиц, занятых в сфере образования и предоставления социальных услуг таковых оказалось соответственно 9,6% и 4,7%. Многодетные семьи (трое и более детей) чаще встречаются среди работников образовательной отрасли (5,3%) (здравоохранение – 2,8%, предоставление социальных услуг – 3,5%).

Структура причин отсутствия детей у респондентов выглядит следующим образом:

- плохое материальное положение – 18,5%;
- неудовлетворительные жилищные условия – 25,9%;

- невозможность иметь ребенка по причине здоровья супруга/супруги – 7,4%;
- невозможность иметь ребенка по причине Вашего состояния здоровья – 11,1%;
- нежелание иметь детей – 22,3%;
- прочие причины – 14,8%.

Несмотря на то, что практически две трети респондентов (78,5%) являются собственниками жилья, проблема жилищных условий, для 20,0% опрошенных жилищная проблема является актуальной. Это может быть связано с плохими условиями проживания, дефицитом жилой площади, необходимой для нормального развития подрастающих детей, совместным проживанием с родственниками. Исследование показало, что 9,4% не имеющих собственного жилья респондентов проживают на съемной квартире, 3,5% – в общежитии, 7,0% - совместно с родственниками и 1,6% – в коммунальной квартире.

4.2. Мнение работников социальной сферы о состоянии своего здоровья

В ходе проведения социологического исследования нами была получена информация, характеризующая степень медицинской активности респондентов, а также самооценка их здоровья и практикуемые мероприятия по его сохранению. Для оценки состояния собственного здоровья респондентам было предложено использовать 4-бальную шкалу, где:

- 1 балл - «плохое»
- 2 балла - «скорее плохое, чем хорошее»
- 3 балла - «скорее хорошее, чем плохое»
- 4 балла - «хорошее».

Ответы респондентов распределились следующим образом (таблица 4.4).

Таблица 4.4.

Самооценка здоровья.

Оценка	Доля ответивших
«хорошее»	20,6%
«скорее хорошее, чем плохое»	51,3%
«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.

С увеличением возраста респондентов достоверно уменьшается удельный вес лиц, высоко оценивших состояние собственного здоровья (табл. 4.5).

Таблица 4.5

Оценка собственного здоровья респондентами в зависимости от возраста, %

Оценка здоровья	Возраст			
	30-34 года	35-39 лет	40-44 года	Всех возрастов
Хорошее	35,3	22,2	14,0	20,6
Скорее хорошее, чем плохое	55,9	50,2	50,5	51,3
Скорее плохое, чем хорошее	7,4	25,1	31,7	25,1
Плохое	1,4	2,5	3,8	3,0
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

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.

Согласно полученным нами данным сфера профессиональной деятельности также влияет на самооценку здоровья работников (рис. 4.3).

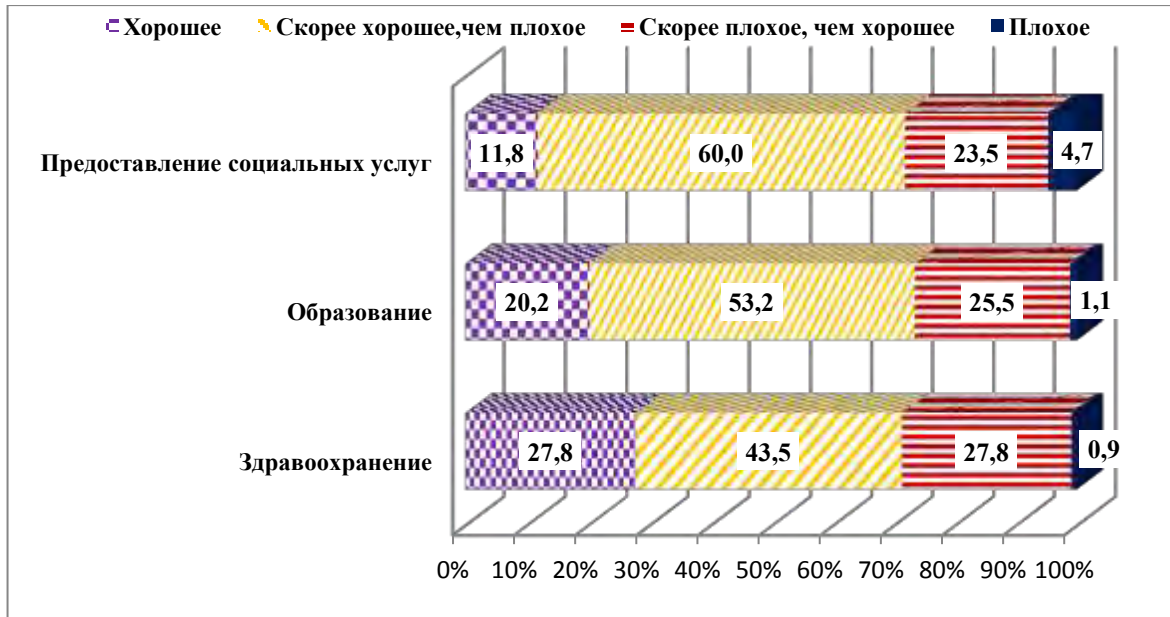


Рисунок 4.3. Оценка состояния собственного здоровья работниками различных отраслей социальной сферы (в % к итогу)

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 хронических заболеваний среди обследованного контингента составила 124,4 на 100 опрошенных. При этом определяются существенные гендерные различия в частоте встречаемости отдельных нозологических групп.

Так, в группе мужчин первое ранговое место по распространенности приходится на болезни пищеварительной системы (32,7 на 100 опрошенных), второе – на болезни системы кровообращения (28,6). В группе женщин на первом ранговом месте расположились болезни системы кровообращения (23,5 на 100 опрошенных), на втором – болезни пищеварительной системы (23,2). Третье место, как среди мужчин, так и женщин заняли болезни костно-мышечной системы (соответственно 25,5 и 17,6). Распространенность среди женщин заболеваний ЛОР-органов (четвертое ранговое место) составила 16,2 на 100 опрошенных, заболеваний эндокринной системы – 10,3 (пятое место). Среди мужчин на четвертом ранговом месте расположились болезни органов дыхания (11,2), на пятом – заболевания ЛОР-органов (10,2).

Распространенность отдельных нозологических групп заболеваний среди респондентов различных отраслей социальной сферы представлена в таблице 4.6.

Таблица 4.6

Распространенность отдельных нозологических групп заболеваний среди респондентов различных отраслей социальной сферы (на 100 обследованных)

Классы болезней	Отрасль социальной сферы		
	Здравоохранение	Образование	Предоставление социальных услуг
Болезни системы кровообращения	29,8	22,7	31,1
Болезни пищеварительной системы	36,2	36,4	13,3
Болезни органов дыхания	10,9	9,1	13,6
Болезни костно-мышечной системы	21,3	18,4	22,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4,3	4,5	13,3
Болезни ЛОР-органов	10,6	18,2	15,1
Болезни эндокринной системы	10,6	6,8	14,0
Болезни мочеполовой системы	8,5	7,0	15,6
Всего:	132,2	123,1	138,2

Как видно из таблицы, среди работников сферы здравоохранения и образования на первом ранговом месте расположились болезни пищеварительной системы (соответственно 36,2 и 36,4 на 100 опрошенных). На втором месте – болезни системы кровообращения (29,8 и 22,7), на третьем – болезни костно-мышечной системы (21,3 и 18,4 на 100 опрошенных).

Иное ранговое распределение определяется в группе респондентов, занятых в сфере предоставления социальных услуг. Так, среди них наибольшее распространение (первое ранговое место) имеют болезни системы кровообращения (31,1 на 100 опрошенных).

Второе и третье место заняли соответственно болезни костно-мышечной системы (22,2) и мочеполовой системы (15,6 на 100 опрошенных). Кроме того, необходимо отметить, что в данной группе респондентов в большей степени, по сравнению с представителями сферы здравоохранения и образования, распространены болезни органов дыхания, глаза и его придаточного аппарата, а также эндокринной системы. Болезни ЛОР-органов чаще встречаются среди работников образования.

4.3. Характеристика здоровьесберегающего поведения

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%.

Также установлено, что среди лиц, не наблюдающихся у врача по поводу хронического заболевания доли мужчин и женщин практически равны (соответственно 59,6% и 60,4%). Однако удельный вес тех, кто с постоянной периодичностью посещает специалиста в 1,5 раза больше в группе женщин (17,1%) (в группе мужчин – 11,1%).

Среди работников здравоохранения (64,2%) определяется большее число лиц, вообще не наблюдающихся у специалиста по поводу имеющихся у них хронических заболеваний (рис. 4.4). 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.

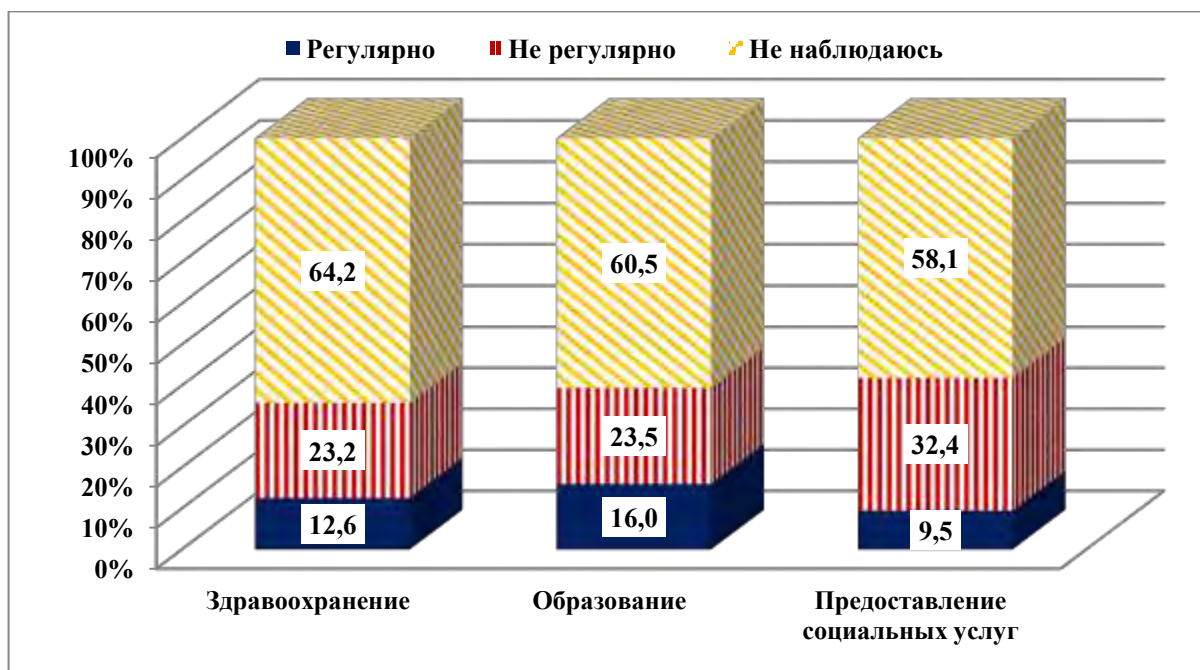


Рисунок 4.4. Распределение ответов респондентов на вопрос о регулярности посещения врача по поводу хронических заболеваний, %

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.

Имеют инвалидность 4,8% опрошенных, в том числе 4,5% мужчин и 5,3% женщин. Величина анализируемого показателя среди работников сферы здравоохранения составила 4,6%, образования – 5,3%, предоставления социальных – 7,1%. Вторую группу инвалидности имеют 34,2% данной категории лиц, третью – 65,8%. При этом среди мужчин в 2 раза больше респондентов (45,5%), имеющих вторую группу, по сравнению с женщинами (22,2%).

При появлении первых симптомов заболевания, когда своевременно принятые меры способствуют более быстрому выздоровлению, предпочитают обращаться за медицинской помощью только 22,9% респондентов. Остальные 77,1% опрошенных обращаются к специалистам только при значительном ухудшении самочувствия.

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%.

Закономерным является распределение ответов респондентов на

вопрос об оценке состояния собственного здоровья в зависимости от сроков обращения за медицинской помощью (табл. 4.7).

Таблица 4.7

Распределение ответов респондентов на вопрос об оценке состояния собственного здоровья в зависимости от сроков обращения за медицинской помощью (в %)

Сроки обращения	Оценка собственного здоровья			
	Хорошее	Скорее хорошее, чем плохое	Скорее плохое, чем хорошее	Плохое
Сразу при появлении первых симптомов заболевания	28,9	22,8	21,3	15,4
При значительном ухудшении самочувствия	71,1	77,2	78,7	84,6
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

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 таковых 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.

Иное распределение определяется среди респондентов, обращающихся

за медицинской помощью только при значительном ухудшении самочувствия:

- полностью выполняю рекомендации врача – 32,6%;
- частично выполняю рекомендации врача – 63,1%;
- не выполняю рекомендации врача – 4,3%.

В случае болезни 71,3% опрошенных предпринимают попытку вылечиться самостоятельно, в том числе 69,1% мужчин и 74,8% женщин. С увеличением уровня образования достоверно уменьшается доля лиц, занимающихся самолечением. Так, удельный вес опрошенных, имеющих общее среднее (84,2%) и среднее специальное (75,4%) образование и занимающихся самолечением соответственно в 1,3 и 1,1 раза превышает величину анализируемого показателя среди респондентов с высшим образованием (67,0%).

Кроме того, установлено, что восемь из десяти (79,8%) лиц, занятых в сфере здравоохранения занимаются самолечением. Удельные веса таковых в группе респондентов, занятых в сфере образования и предоставления социальных услуг составили соответственно 70,2% и 69,9%.

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 (таблица 4.8).

При этом 42,4% женщин и всего 31,9% мужчин в качестве мер для сохранения своего здоровья прибегают к прогулкам на свежем воздухе. Здоровое питание практикуют 36,7% женщин и 24,3% мужчин.

Распределение ответов респондентов, занятых в разных отраслях социальной сферы на вопрос: «Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний» представлено на рисунке 4.5.

Из рисунка видно, что 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).

Таблица 4.8

Меры по укреплению здоровья.

Предпринимаемые меры	Доля ответивших
занятия физкультурой и спортом	24,1%
отказ от вредных привычек	27,7
здоровое питание	30,5
прогулки на свежем воздухе	37,2
активный отдых на природе	27,3
отдых в санатории	11,2

Лица, работающие в сфере образования, чаще представителей сравнимых 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%).

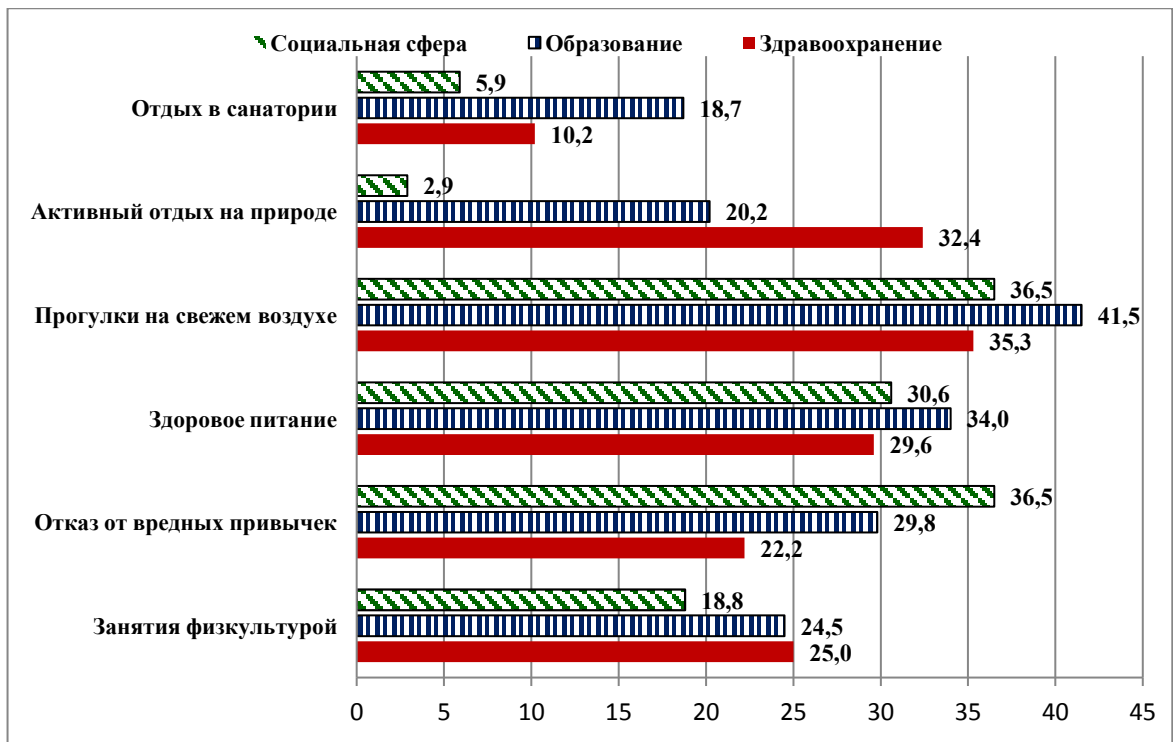


Рисунок 4.5. Распределение ответов респондентов, занятых в разных отраслях социальной сферы на вопрос: «Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний»
(на 100 опрошенных)

Также необходимо отметить, что чаще обращаются к врачу по вопросам профилактики заболеваний респонденты, страдающие хроническими заболеваниями (19,2%). Лица, не имеющие в анамнезе хронической патологии, интересуются этими вопросами только в 12,6% случаях.

Респонденты, оценившие собственное здоровье как «хорошее» (19,5%) в 2,1 раза чаще тех, кто оценил его как «плохое» (9,1%) обращаются к врачу за профилактической помощью.

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.

На рисунке 4.6 представлено распределение видов профилактических работ, проводимых врачом с респондентами. Установлено, что наиболее распространенным видом профилактической работы, проводимой специалистом, являются беседы. На это указали 52,2 на 100 респондентов. На втором ранговом месте расположились рекомендации врача по приему лекарств и витаминов с профилактической целью (30,4), на третьем – вручение памяток и буклетов (27,0). На такие важные виды профилактической работы как индивидуальные занятия на дому и в группе больных (гастро-школа, астма-школа и др.) указали соответственно всего 2,8 и 0,9 на 100 опрошенных.

Наиболее важными источниками информации относительно здоровья и профилактики заболеваний для респондентов являются беседы с врачом, средства массовой информации и научно-популярная литература – на эти источники знаний указали 50,8%, 47,5% и 21,5% респондентов соответственно.

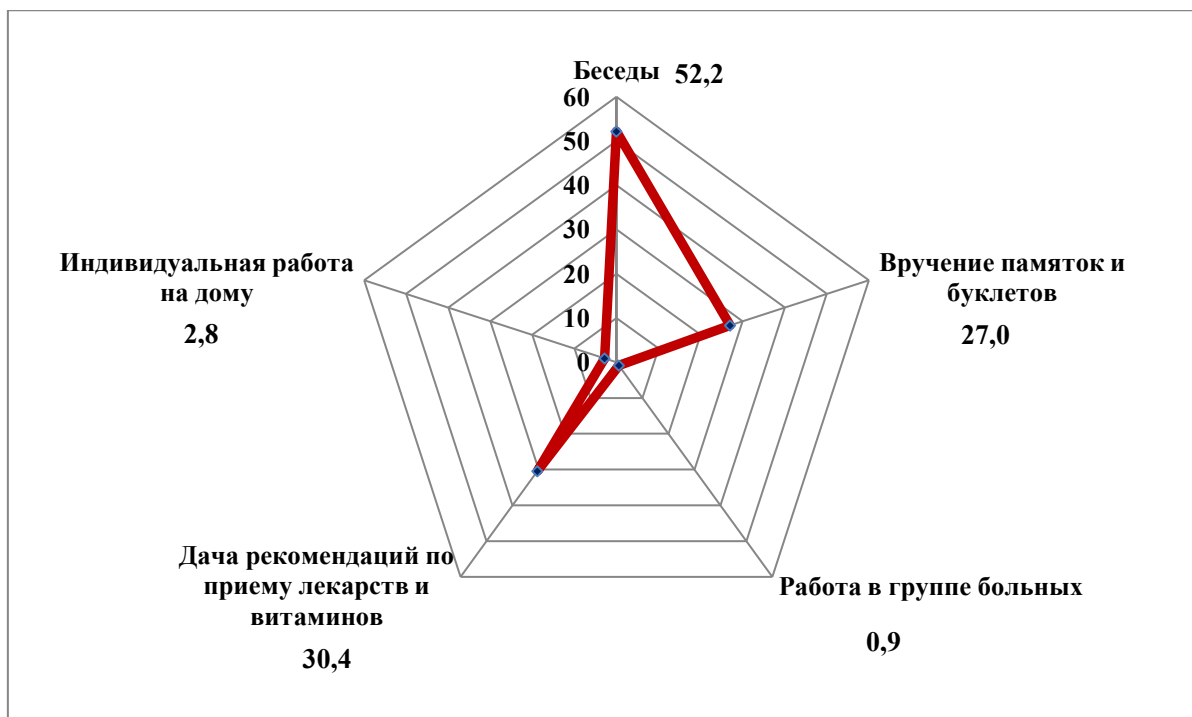


Рисунок 4.6. Распределение видов профилактических работ, проводимых врачом с респондентами (на 100 опрошенных)

Интересным является распределение ответов респондентов на вопрос о возрасте, в котором мероприятия по профилактике заболеваний являются наиболее эффективными. Большинство респондентов (43,7%) указали возраст до 30 лет, 30,9% – 30-39 лет, 17,4% – 40-49 лет, 6,6% – 50-59 лет и 1,4% – 60 лет и более. Таким образом, среди опрошенных распространено мнение о том, что профилактику заболеваний необходимо начинать как можно раньше.

Также 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.

При этом наибольшая доля лиц, считающих свои знания в вопросах профилактики заболеваний достаточными, относится к группе работников сферы здравоохранения (53,3%) (табл. 4.9).

Таблица 4.9

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы уровень своих знаний по профилактике заболеваний достаточным», в зависимости от сферы деятельности данной категории лиц (в %)

Уровень знаний	Отрасль социальной сферы		
	Здравоохранение	Образование	Предоставление социальных услуг
Достаточный	53,3	16,1	21,2
Недостаточный	15,9	37,6	28,2
Затрудняюсь ответить	30,8	46,3	50,6
Всего:	100,0	100,0	100,0

Среди работников сферы образования уверены в своих знаниях только 16,1% опрошенных, считают их недостаточными – 37,6%. Величины анализируемых показателей среди представителей социальной сферы составили соответственно 21,2% и 28,2%.

При анализе результатов анкетирования нами были установлены основные причины, мешающие респондентам выполнять рекомендации врача по профилактике заболеваний (рис. 4.7).

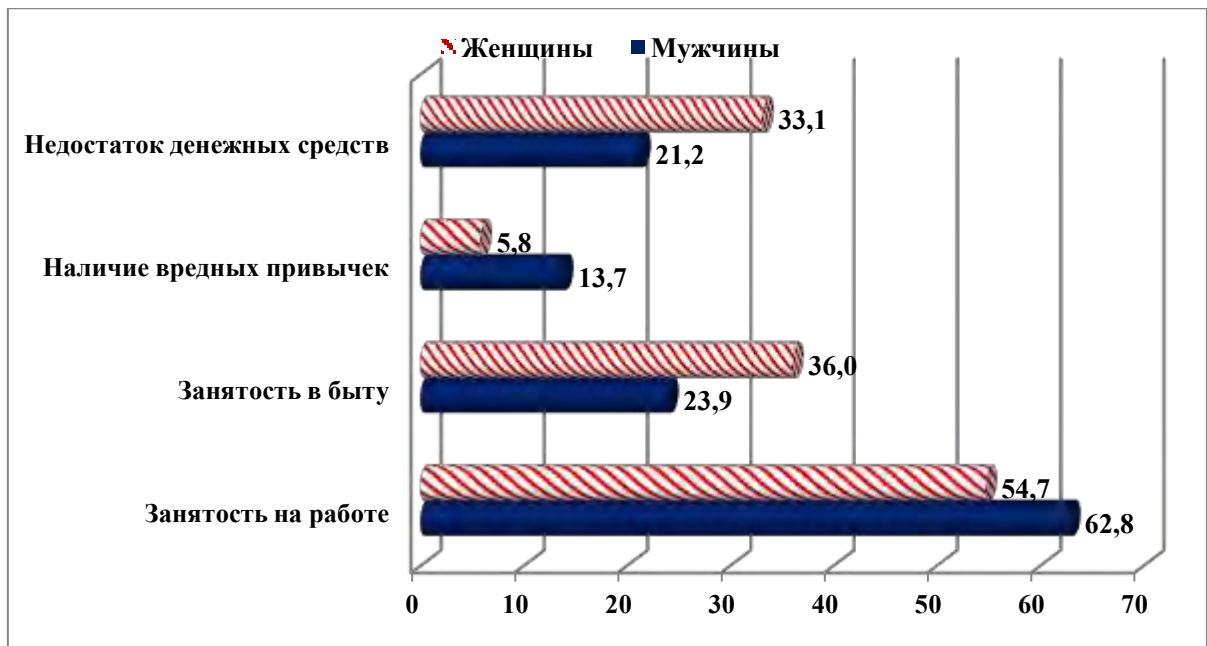


Рисунок 4.7. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что мешает Вам выполнять рекомендации врача по профилактике заболеваний», в зависимости от пола (на 100 опрошенных)

Установлено, что на первом ранговом месте среди причин, препятствующих выполнению врачебных рекомендаций, как в группе мужчин (62,8 на 100 опрошенных), так и женщин (54,7) расположилась занятость на работе. Представителям мужского пола в 2,4 раза чаще (13,7 на 100 опрошенных) женщин (5,8) мешает выполнять назначения специалиста наличие вредных привычек. В свою очередь, женщины (36,0) в 1,5 раза чаще мужчин (23,9) указали такую причину, как занятость в быту и в 1,6 раза чаще – недостаток денежных средств (соответственно 33,1 и 21,2 на 100 опрошенных).

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы проводите свободное от работы время?» представлено на рисунке 4.8. Установлено, что на 45,1 на 100 опрошенных респондентов свободное от работы время проводят вместе с семьей, 38,5 – занимаются домашними делами, 29,2 – смотрят телевизор. Встречаются с друзьями в свободное время 20,8 на 100 опрошенных, занимаются детьми – 16,8, посвящают свободное время чтению газет и журналов – 16,4, а художественной литературы – 10,6 на 100

опрошенных. Необходимо отметить, что 13,7 на опрошенных работников социальной сферы в свободное от основной работы время занимаются подработкой, что свидетельствует о низком уровне оплаты труда данной категории лиц.



Рисунок 4.8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы проводите свободное от работы время?», (на 100 опрошенных)

Почти треть опрошенных (31,7%) проводят свой отпуск, не выезжая из города, 42,9% – за городом, 20,3% – на курорте, 5,1% респондентов указали прочие места отдыха.

Необходимо отметить, что отдых в курортной зоне чаще могут себе позволить лица, работающие в сфере предоставления социальных услуг (23,5%), на втором месте расположились работники здравоохранения (21,5%). Среди респондентов, занятых в сфере образования указали на возможность проведения отпуска на курорте только 16,1%.

4.4. Факторы риска формирования хронических заболеваний

На контакт с профессиональными вредностями указали 32,7% опрошенных, в том числе 36,3% мужчин и 27,3% женщин. При этом удельный вес таковых среди представителей сферы здравоохранения превысил половину всех опрошенных и составил 55,6%. Работники сферы предоставления социальных услуг указали на наличие контакта с профессиональными вредностями в 20,2% случаев, сферы образования – в 18,1%. При этом 44,3% респондентов отметили влияние факторов физической природы, 33,6% – химической, 21,3% – биологической и 0,8% указали действие прочих факторов.

Анализ анкетных данных показал, что почти каждый пятый респондент всегда устает на работе (19,2%). При этом наибольший удельный вес таковых определяется в группе работников сферы здравоохранения (25,0%), наименьший – предоставления социальных услуг (7,1%). Среди представителей образовательной сферы указали на постоянную усталость после работы 23,4%. Не всегда, но часто утомляются на работе 53,1% респондентов всех сравниваемых групп, редко устают – 25,5%, совсем не устают – 2,1%. Большая доля лиц, не устающих в конце рабочего дня, определяется в группе представителей сферы образования (3,2%).

В таблице 4.10 представлена структура физической и эмоциональной утомляемости респондентов, относящихся к разным отраслям социальной сферы.

Структура физической и эмоциональной утомляемости респондентов, относящихся к разным отраслям социальной сферы (в %)

Вид утомления	Отрасль социальной сферы			
	Здравоохранение	Образование	Предоставление социальных услуг	По всем отраслям
Физическое переутомление	25,2	9,7	18,1	18,0
Эмоциональное переутомление	25,2	50,5	42,2	38,6
Физическое и эмоциональное переутомление	45,8	37,6	36,1	40,3
Физически и эмоционально не утомляюсь	3,8	2,2	3,6	3,1
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

Из таблицы видно, что ни физическое, ни эмоциональное переутомление на работе не испытывают только от 2,2% до 3,8% опрошенных. Среди работников здравоохранения равные доли (по 25,2%) лиц испытывают либо физическое, либо эмоциональное переутомление, а 45,8% – и физическое, и эмоциональное. Более половины работников образовательной сферы (50,5%) подвержены значительным эмоциональным нагрузкам, приводящим к переутомлению, 37,6% – как эмоциональным, так и физическим и только один из десяти (9,7%) – существенным физическим нагрузкам. Респонденты, чья деятельность связана с предоставлением социальных услуг в 42,2% случаев указали на наличие эмоционального утомления в конце рабочего дня, в 36,1% – эмоционального и физического, а 18,1% – только физического переутомления.

При этом среди мужчин достоверно больше лиц (24,7%), испытывающих после работы физическое переутомление и меньше тех, кого беспокоит эмоциональная усталость (32,0%) (в группе женщин величины аналогичных показателей составили соответственно 11,3% и 42,0%).

При проведении социологического исследования нами была

проанализирована распространенность вредных привычек среди лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере. Установлено, что 80,1% опрошенных мужчин и 71,2% опрошенных женщин имеют различные вредные привычки. При этом регулярно употребляют спиртные напитки 5,1% респондентов (7,2% мужчин и 2,0% женщин), эпизодически – 71,6% (72,6% мужчин и 70,2% женщин), совсем не употребляют – 23,3% опрошенных (20,2% мужчин и 27,8% женщин).

Наиболее частым поводом к употреблению алкоголя респондентами является семейное торжество или какой-либо праздник (67,5 на 100 опрошенных). На втором и третьем ранговых местах расположились такие причины как приход гостей (35,9) и употребление спиртного за компанию (11,9 на 100 опрошенных). При возникновении конфликтных ситуаций прибегают к употреблению алкогольных напитков 2,1 на 100 респондентов, при необходимости забыться – 2,4, от скуки – 2,3, в связи с отсутствием возможности занять свободное время другими делами – 0,8, без повода – 1,4 на 100 опрошенных.

Курят 41,4% респондентов, в том числе 43,9% мужчин и 37,7% женщин. При этом выкуривают пачку и более в день каждый десятый опрошенный (10,2%), до десяти сигарет в день – 16,0%, до пяти сигарет – 8,8%, а не более одной-двух сигарет в день – 6,4%. В целом, курящие женщины выкуривают меньшее число сигарет в день по сравнению с опрошенными мужчинами. Так, среди представителей мужского пола удельный вес лиц, выкуривающих пачку и более сигарет в день (14,8%) в 4,5 раза превышает долю таковых среди женщин (3,3%), тогда как в группе женщин преобладают те (8,6%), кто в течение дня выкуривает одну – две сигареты (среди мужчин данный показатель составил 4,9%).

При сравнении частоты употребления алкоголя лицами среднего трудоспособного возраста, занятыми в различных отраслях социальной сферы установлено, что среди респондентов, работающих в сфере предоставления социальных услуг, удельный вес лиц, не употребляющих спиртные напитки

(29,4%), соответственно в 1,4 и 1,2 раза превышает долю таковых среди респондентов сферы здравоохранения (21,3%) и образования (24,5%) (рис. 4.9).

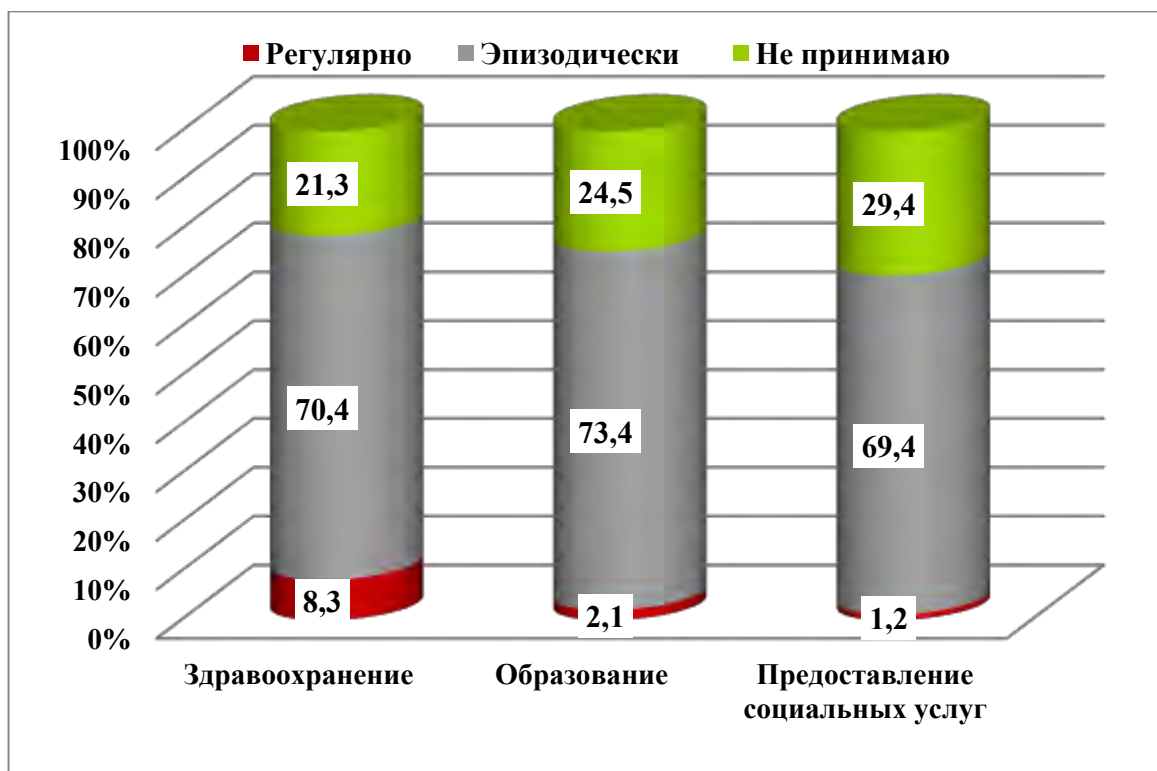


Рисунок 4.9. Частота употребления алкоголя лицами среднего трудоспособного возраста, занятых в различных отраслях социальной сферы (в %)

В свою очередь на первом ранговом месте по частоте употребления алкоголя находятся работники здравоохранения. Среди них удельный вес лиц регулярно принимающих спиртные напитки (8,3%) соответственно в 4 и 7 раз превышает величину аналогичных показателей в группе работников сферы образования (2,1%) и оказания социальных услуг (1,2%).

При сравнении частоты курения между респондентами, относящимися к разным отраслям социальной сферы, достоверно значимых различий нами выявлено не было.

По мнению респондентов, состояние их здоровья в большей степени

зависит от:

- 1) образа жизни – 64,8% респондентов;
 - 2) факторов окружающей среды – 53,6%;
 - 3) наследственных факторов – 40,5%;
- уровня медицинского обслуживания – 35,0%.

Анализ результатов диспансеризации и социологического исследования работников социальной сферы позволил выявить основные факторы, влияющие на их здоровье.

Новая программа диспансеризации взрослого населения имеет ряд особенностей. В первую очередь, это направленность диспансеризации не только на раннюю диагностику заболеваний, формирующих основной вклад в структуру смертности и инвалидизации населения, но и на выявление и коррекцию факторов риска развития этих заболеваний, таких как курение, избыточная масса тела и ожирение, повышенное артериальное давление, низкая физическая активность.

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по данным диспансеризации, проведенной в рамках данного исследования, представлены в табл. 4.11.

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%).

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по данным диспансеризации, 2018 г., %

Факторы риска	Работники социальной сферы, Рязанская область	Все население, Российская Федерация
Повышенный уровень артериального давления	15,1	13,0
Дислипидемия	10,2	9,7
Повышенный уровень глюкозы в крови	3,0	2,7
Курение табака	18,1	15,1
Риск пагубного потребления алкоголя	1,8	1,5
Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	-	0,2
Нерациональное питание	29,8*	18,6
Низкая физическая активность	14,6	15,6
Избыточная масса тела	14,9	14,2
Отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям	14,3	12,2
Высокий уровень стресса	28,7*	14,8
Умеренный сердечно-сосудистый риск	29,5*	16,4
Высокий сердечно-сосудистый риск	11,6	11,2
Очень высокий сердечно-сосудистый риск	5,6	8,5

* межгрупповые различия достоверны, $p < 0,05$

При сравнении с аналогичными показателями, полученными в результате диспансеризации всего населения в Российской Федерации в 2018 г., 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%, $p < 0,05$).

Результаты проведенного авторского исследования сравнивались с данными выборочного обследования тему «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения», которое впервые в отечественной практике было проведено в 24 субъектах Российской Федерации при сотрудничестве нескольких авторитетных российских организаций: Росстат, Минздравсоцразвития России, Росспорт, Института социальных исследований. Общая выборка составила 2204 человек в возрасте 15 лет и

более.

Цель выборочного обследования населения состояла в изучении мнений респондентов о состоянии их здоровья, отношении к здоровью как ценности, качестве медицинских услуг, занятиях физической культурой, спортом и туризмом, культуре питания, распространенности вредных привычек – курения, употребления алкоголя, наркотических веществ и др. Результаты исследования позволили выявить отношение представителей различных социально-демографических групп к собственному здоровью и способам его поддержания.

Было установлено, что для подавляющего большинства людей среди населения в целом хорошее здоровье является одной из наиболее актуальных базовых ценностей. На предложение определить по пятибалльной шкале ценность здоровья в ряду других жизненных ценностей 85,0% опрошенных дали ответы, в которых выражено максимальное ранговое значение ценности крепкого здоровья.

Большинство опрошенных (84,2%) вполне осознают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих. Вместе с тем основная масса обследованных на практике относится к собственному здоровью весьма небрежно. Многие не приучены к стилю жизни и поведению, которые обеспечивают предупреждение заболеваний, подвержены влиянию отрицательных социальных норм и традиций. Доля тех, кто в повседневной жизни действительно бережет свое здоровье, не превышает 25% обследованных.

Было установлено достоверно более высокое распространение у лиц, работающих в социальной сфере, таких факторов риска как нерациональное питание (79,5% против 64,1%, $p < 0,05$), высокий уровень стресса (78,9% против 51,9%, $p < 0,05$) и недостаточная забота о своем здоровье (61,2% против 46,9%, $p < 0,05$). Чаще, чем среди всего населения, регистрировалось курение табака и низкая физическая активность, хотя указанные тенденции не были достоверными. Следует отметить более низкий уровень потребления

алкоголя, однако данные различия также были недостоверными.

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.

ГЛАВА 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕР ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

5.1. Методологические подходы к формированию системы мер по профилактике потерь здоровья работников социальной сферы

Время, которое ложится на экономику, системы здравоохранения и общество из-за роста распространенности неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, хронические обструктивные заболевания легких, диабет и психические расстройства), требует поисков более эффективных преобразований как на международном, национальном, так и местном уровнях.

Ввиду ограниченных ресурсов и, особенно, учитывая продолжающиеся реформы систем здравоохранения, чрезвычайно важно подходить к решению проблем на основе прочного теоретического фундамента и передовых практик.

Так, подход ВОЗ (программа CINDI) строится на том, что:

- общими для основных хронических заболеваний являются ряд факторов риска, обуславливающих перспективу возникновения этих заболеваний;

- комплексные и системные мероприятия против этих факторов риска (как в целом, так и в отношении каждого из них) могут привести к снижению заболеваемости ХНИЗ и к улучшению состояния здоровья населения (рис. 5.1) [Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Копенгаген, 2005. 64 с.].

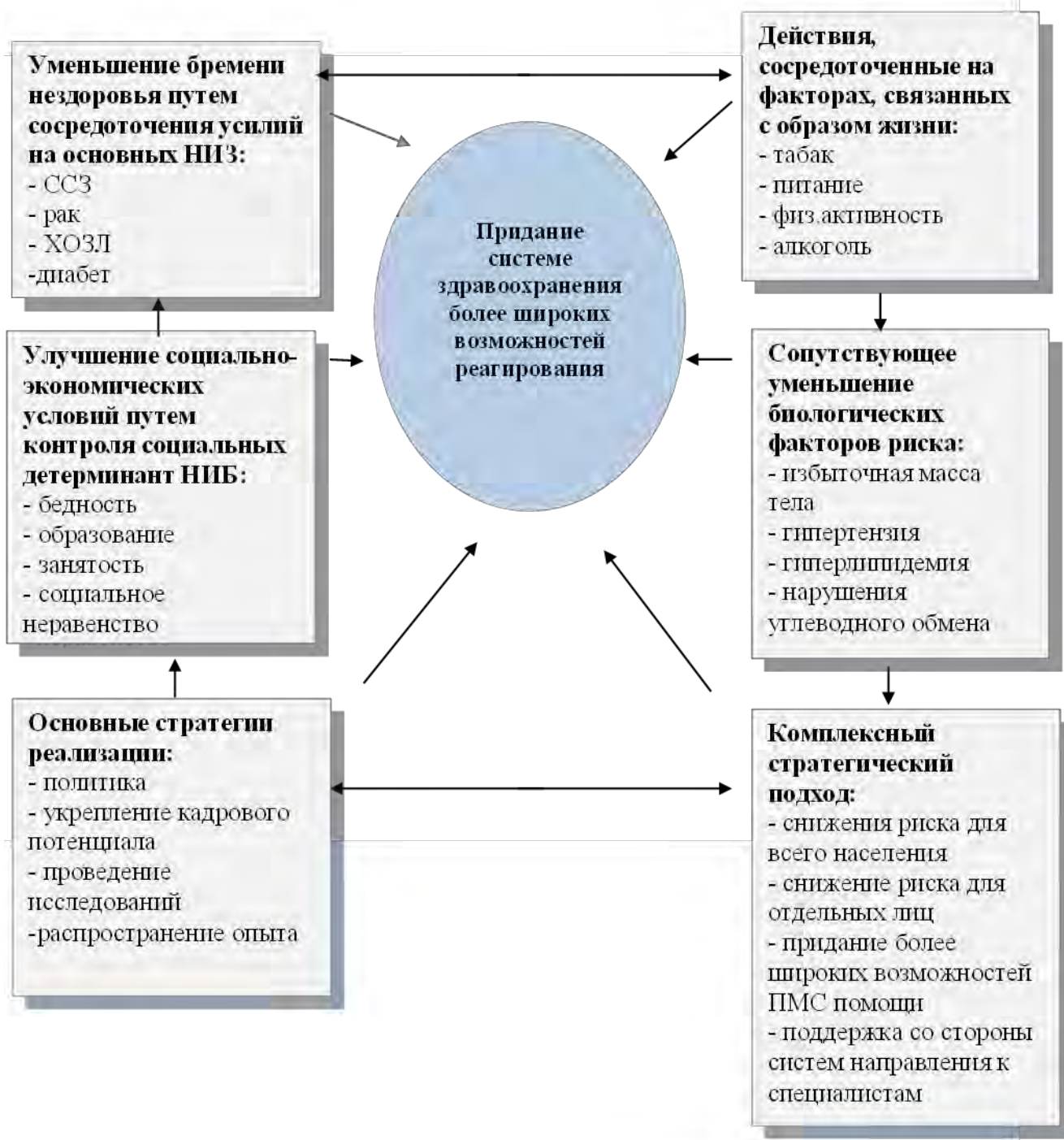


Рисунок 5.1. Ориентированная на практические действия стратегия предупреждения хронических заболеваний для Европы

В данной стратегии выделены в качестве цели такие хронические болезни как сердечно-сосудистые, онкологические, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет. Основное внимание в

ней уделяется факторам, связанным с образом жизни: табакокурение, рацион питания, физическая активность и употребление алкоголя. Это в свою очередь должно привести к улучшению характеристики индивидуального риска путем воздействия на такие факторы риска как избыточная масса тела, гипертензия, нарушение жирового и углеводного обмена.

В настоящее время ВОЗ рекомендует для приведения политики и стратегии здравоохранения в соответствии с принципами и положениями концепции «здоровье для всех в двадцать первом столетии», которая состоит из ряда основных элементов (рисунок 5.2):

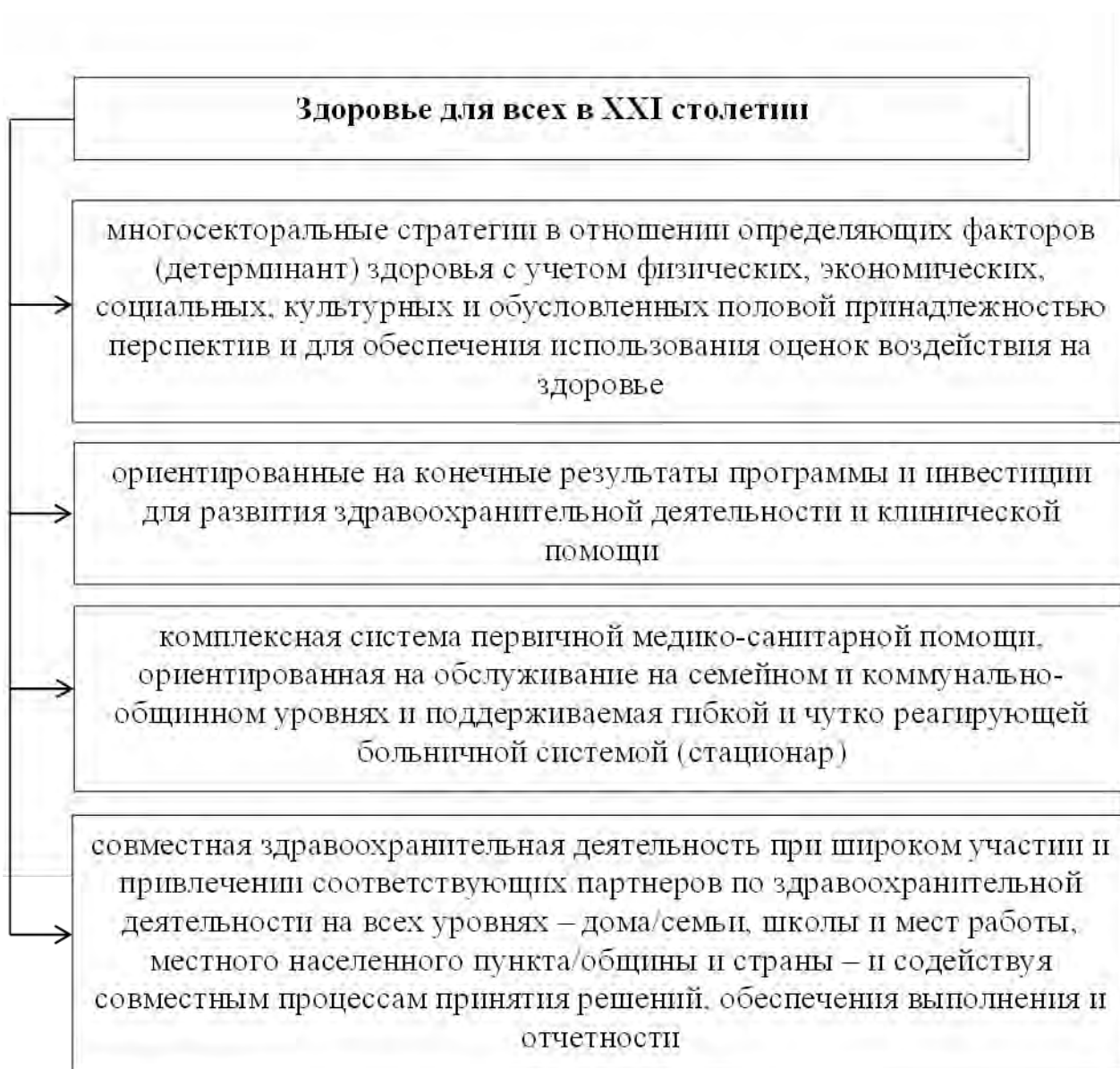


Рисунок 5.2 Положения концепции «Здоровье для всех в двадцать первом столетии»

По мнению Сибуриной Т.А., «в международной практике для формулирования приоритетов в области здоровья используется следующие подходы:

1. Выбор конкретных проблем, связанных со здоровьем.
2. Ориентация на причинные факторы ухудшения здоровья.
3. Определение социальных групп, подвергающихся особому риску потери здоровья» [Сибурина Т.А., 2008].

Достаточно сложным представляется выбор приоритетов государственной политики здравоохранения на уровне региона, поскольку требует увязки соответствующих региональных целевых программ и концепций и федеральных направлений социально-экономического (или стратегического) развития, безусловно, с учетом местной специфики.

Одной из важнейших составляющих системы управления медицинской организацией выступает механизм обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, направленной на создание единых условий для повышения показателей здоровья населения, отражающих реальный уровень здоровья в регионе.

В настоящее время в системе управления здравоохранением (как на макро-, так и на микро-уровнях) широко используется такой механизм стратегического и тактического планирования, как «дорожная карта здравоохранения», отражающая представленные к достижению целевые показатели в здравоохранении.

Целью дорожной карты здравоохранения является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Дорожная карта в сфере здравоохранения предусматривает разработку и внедрение ряда инструментов (рисунок 5.3):

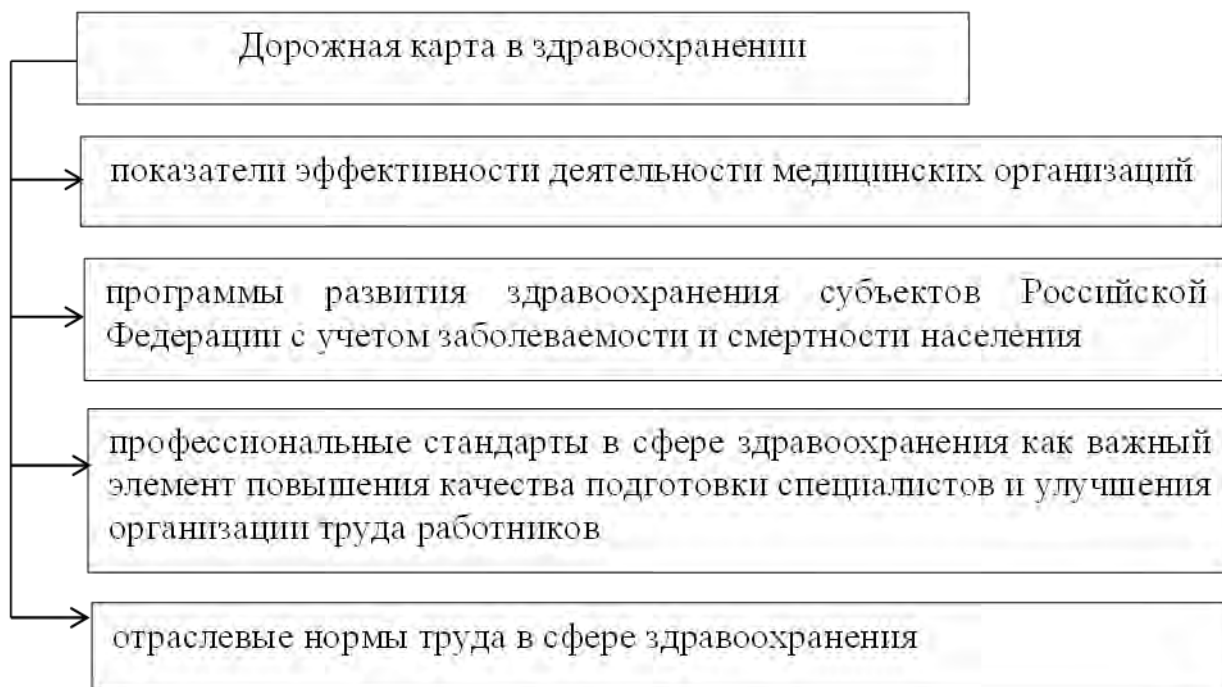


Рисунок 5.3 Базовые инструменты «дорожной карты в здравоохранении».

Основу стратегического планирования в сфере здравоохранения на основе представленной методологии составляют государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», федеральная «дорожная карта» и «дорожные карты» субъектов Российской Федерации.

5.2. Анализ нормативной правовой базы, регламентирующей вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации и 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. Их перечень представлен в таблицах 5.1. и 5.2.

Перечень нормативных правовых документов, подвергнутых анализу

	по Российской Федерации
1.	Федеральный закон от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (с изменениями) (ред. от 02.08.2019)
2.	Федеральный закон от 24.04.2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»
3.	Федеральный закон от 18.07.2011 г. № 218-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» (с изменениями) (ред. от 03.07.2016)
4.	Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.05.2019)
5.	Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (ред. от 01.07.2014)
6.	Указ Президента РФ от 18.10.2007 г. № 1374 «О дополнительных мерах по противодействию незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (ред. от 11.10.2018)
7.	Постановление Правительства РФ от 21.01.2015 г. № 30 Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016-2020 годы»
8.	Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»
9.	Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 Государственная программа «Развитие здравоохранения» (ред. от 29.03.2019)
10.	Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (ред. от 28.09.2018)
11.	Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»
12.	Распоряжение Правительства РФ от 25.10.2010 г. № 1873-р «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года»
13.	Приказ Минздрава России от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
14.	Приказ Минздрава России от 06.03.2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»
15.	Приказ Минздрава России от 27.12.2017 г. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации»
16.	Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
17.	Приказ Минздрава России от 31.03.2016 г. № 197 «Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»

Перечень нормативных правовых документов, подвергнутых анализу

по Рязанской области	
1.	Постановление Правительства Рязанской области от 29.10.2014 г. № 311 «Об утверждении государственной программы Рязанской области «Развитие здравоохранения на 2015-2020 годы» (ред. от 06.08.2019)
2.	Постановление Правительства Рязанской области от 26.12.2017 г. № 414 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (ред. от 11.12.2018)
3.	Региональный проект Рязанской области «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек»
4.	Распоряжение правительства Рязанской области от 28 февраля 2013 г. п 99-р План мероприятий ("дорожная карта") «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Рязанской области» (ред. от 13.06.2017)
5.	Постановление Правительства Рязанской области от 26.09.2012 г. № 269 Долгосрочная целевая программа «Комплексная профилактика неинфекционных заболеваний у населения Рязанской области на 2013-2017 годы»
6.	Постановление министерства труда и занятости населения Рязанской области от 02.09.2013 г. № 13 «Об утверждении Программы «Улучшение условий и охраны труда в Рязанской области на 2014-2017 годы»
7.	Приказ министерства здравоохранения Рязанской области от 09.04.2013 г. № 420 «Об организации и координации работы по диспансеризации взрослого населения» (ред. 17.12.2013)
8.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 22.04.2016 г. № 754 «О выполнении мероприятий по снижению смертности от болезней системы кровообращения»
9.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 16.05.2016 г. № 894 «Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»
10.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 06.05.2015 г. № 813 «Об утверждении регламента взаимодействия структурных подразделений министерства здравоохранения Рязанской области и подведомственных медицинских организаций по реализации государственных программ Рязанской области (ред. от 18.07.2019)

11.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 07.05.2019 г. № 699/251 «Об утверждении регламента проведения медицинскими организациями Рязанской области профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
12.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 21.06.2016 г. № 1123 «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, в том числе на дому при вызове медицинского работника, в государственных медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Рязанской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению»
13.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 14.07.2016 г. № 1266 «О подготовке и размещении информации по предоставлению государственных услуг министерства здравоохранения Рязанской области»
14.	Приказ министерства здравоохранения Рязанской области от 29.08.2016 г. № 1540 «О заседании комиссии министерства здравоохранения Рязанской области по реализации комплекса мер, направленных на охрану здоровья населения Рязанской области от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»
15.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 05.03.2018 г. № 115\405 «Об отдельных вопросах реализации социальных мер поддержки беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до 3 лет»
16.	Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 31.01.2018 г. № 162 «О включении медицинских организаций в приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в 2018 году»
17.	Приказ министерства здравоохранения Рязанской области от 23.0.2017 г. № 428 «Об утверждении Регламента оказания педиатрической помощи в Рязанской области» (ред. от 15.01.2018)

21 ноября 2011 г. был принят новый Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 4 данного закона одним из принципов охраны здоровья провозглашает приоритет профилактики, которая, согласно пункту 6 статьи 1, включает в себя комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, и формирование здорового образа жизни. В статье 12 рассмотрены основные пути обеспечения профилактики:

- разработка и реализация программы формирования здорового образа жизни;
- осуществление санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых

заболеваний и борьбе с ними;

- проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и «других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому просвещению относится к полномочиям федерального органа исполнительной власти» [Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 14].

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья относятся организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации; к полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов – реализация этих мероприятий на территории муниципального образования [Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 16, 17].

В статье 30 отмечено, что «мероприятия по формированию здорового образа лежат в основе профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний» [Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 30]. Это указывает на признание законодателя необходимости разработки мероприятий и проведение соответствующей политики по формированию и стимулированию здорового

образа жизни.

В соответствии со статьей 40, с целью восстановления и поддержания здоровья граждане РФ могут воспользоваться медицинской реабилитацией и санитарно-курортным лечением. Обеспечение проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление, пропаганда здорового образа жизни вменены в обязанности медицинских организаций, участвующих в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 79).

Говоря о сохранении и укреплении здоровья населения, необходимо отметить «Концепцию демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденной Указом Президента РФ в 2007 г. В числе основных задач демографической политики Концепция определила «создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, включающее формирование у различных групп населения мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения; разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции ...».

Вопросы формирования здорового образа жизни нашли отражение в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Одним из основных приоритетов социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала является распространение стандартов здорового образа жизни. В Концепции указывается на то, что «формирование здорового образа жизни

должно быть важнейшим направлением политики в области охраны здоровья. При этом основой пропаганды здорового образа жизни должно стать, наряду с информированием о вреде низкой физической активности, нерационального и несбалансированного питания, потребления алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ также обучение навыкам по соблюдению правил гигиены и режима труда, учебы, режима и структуры питания» [Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, 2020].

Важно отметить, что не смотря на законодательно закрепленную за федеральным и региональными министерствами здравоохранения обязанность «организовать подготовку и обучение медицинского персонала учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, участвующих в реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», само понятие «здоровый образ жизни» в существующей нормативной правовой базе отсутствует. Что, по нашему мнению, существенно усложняет разработку конкретных мер профилактики НИЗ мотивацию граждан к ЗОЖ.

Решение задачи формирования здорового образа жизни находится в плоскости многоотраслевого и межсекторального взаимодействия. Очевидна необходимость правового определения и разграничения функций всеми социальными институтами, организациями и отдельными субъектами, включая образование, культуру, средства массовой информации (СМИ), рекламу, торговлю, сельхозпродукцию, экологию и т. д.

В России утверждена новая редакция государственной программы «Развитие здравоохранения», действие которой ориентировано до конца 2020 года (Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294).

В Программе сформулированы основные приоритеты развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в

среднесрочной перспективе. Она отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли. Одной из подпрограмм выступает «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни».

Основной механизм реализации приоритета профилактики НИЗ в рамках государственной и региональных программ «Развитие здравоохранения» – это мотивирование населения к ЗОЖ, обеспечение условий для ЗОЖ, создание инфраструктуры профилактики, подготовка специализированных кадров, диспансеризация и профилактические осмотры, а также эпидмониторинг.

В контексте исследования нормативной правовой базы, ориентированной на определение функций, полномочий и ответственности субъектов за формирование здорового образа жизни и профилактику НИЗ следует упомянуть действующее в настоящее время в Российской Федерации трудовое законодательство, в рамках которого государственная политика в области охраны труда (статья 210 Трудового кодекса Российской Федерации) регулирует «обеспечение приоритета сохранения жизни и здоровья работников» [Трудовой кодекс Российской Федерации, 2001].

Работодатель обязан принять меры, чтобы работники, не прошедшие обязательный медицинский осмотр (обследование) (а также в случае медицинских противопоказаний), не были допущены к выполнению своих трудовых обязанностей (статья 212 Трудового кодекса Российской Федерации).

Определяя общие правила его предоставления, трудовое законодательство не предусматривает порядок использования времени отдыха. В соответствии со статьей 107 ТК РФ времени отдыха работник использует для удовлетворения своих личных потребностей, интересов, для

восстановления затраченных сил. При этом работник обладает важными гарантиями: сохраняется место работы, а само время отдыха включается в трудовой стаж.

Оптимальная двигательная активность – индивидуально обоснованный уровень физической нагрузки для восстановления и поддержания здоровья человека. Как отмечает Иванова А.А., «эффективное решение проблемы укрепления здоровья населения невозможно, в том числе, без создания работающей законодательной и нормативной правовой базы в области физической культуры и спорта, особенно массового» [Иванова А.А., 2013].

В 2007 г. принят Федеральный закон от 04.12.2001 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», однако в документе прописаны нормы, касающиеся отдельных групп, но при этом нет ни единого направления по поддержке конкретных групп населения, нуждающихся в повышенной социальной защите.

В целях решения задачи по формированию здорового образа жизни у населения в 2009 г. была утверждена «Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». В качестве основных направлений создания новой национальной системы физкультурно-спортивного воспитания выделены:

- «разработка и формирование организационной основы управления развитием физической культуры и спорта;
- совершенствование системы спортивных и физкультурных мероприятий;
- совершенствование взаимодействия субъектов физической культуры и спорта;
- разработка параметров двигательной активности для населения различных возрастных и социальных групп;
- разработка системы физического воспитания и развития человека в различные периоды его жизни, в первую очередь подрастающего поколения» [Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации

на период до 2020 года, 2009].

Однако, указанные целевые ориентиры носят в большей степени декларативный характер, исследователи отмечают, что «несмотря на увеличение финансовой поддержки физической культуры и спорта в России и ее регионах, ощутимые успехи имеются лишь в направлении спорта высших достижений, в то же время подавляющая часть населения остается в стороне от практики спорта и его ценностей. По сути дела, Россия является единственной страной в мире, в которой существует значительный разрыв между успехами топ-спортсменов и отставанием в сфере спорта-для-всех. Развитие массового спорта является в настоящее время актуальной общественной потребностью» [Иванова, 2013].

Постановлением Правительства РФ от 21.01.2015 г. № 30 была утверждена Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016-2020 годы», одной из главных задач которой является повышение интереса различных категорий граждан России к занятиям массовым спортом. Достижение оказанных ориентиров предполагается за счет обеспечения массовизации и доступности физкультурно-оздоровительной инфраструктуры разным категориям граждан на основе гибкого ценообразования и системы социальных льгот.

С декабря 2010 года в стране действует Постановление Правительства РФ «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (№ 1237 от 31.12.2010 г.)

Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие и прогрессирование многих неинфекционных заболеваний, как до, так и после появления клинических симптомов. Для этого имеются научно-обоснованные эффективные немедикаментозные и медикаментозные методы профилактики и снижения уровней факторов риска, а также снижения развития и прогрессирования

неинфекционных заболеваний.

Первая Всемирная министерская конференция по формированию здорового образа жизни и профилактике инфекционных заболеваний (Москва, апрель 2011 года), обобщив опыт стран, в которых наблюдается стойкое снижение смертности, в итоговой декларации обозначила, что контроль над инфекционными заболеваниями требует реализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер с привлечением общественных структур, направленных на снижение как факторов риска развития инфекционных заболеваний, так и инфекционных заболеваний на индивидуальном и популяционном уровнях (рис. 5.4). Создание единой профилактической среды возможно посредством здравоохранительной деятельности каждого министерства.

Последние годы большое внимание уделяется оценке качества медицинской помощи. В этом плане существенное значение имели такие документы как Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 г. № 38/н «Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

Критерии оценки качества медицинской помощи были сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Критерии являются основой для оценки качества медицинской помощи, различных ее видах (амбулаторная, стационарная и др.).



Рисунок 5.4. Схема контроля по данным Московской декларации по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (апрель 2011 года)

В настоящее время на территории Рязанской области реализуется комплекс мер, направленных на улучшение демографической ситуации, формирование здорового образа жизни. На базе нацпроекта «Здравоохранение» в субъектах РФ разработаны профильные региональные проекты. Восемь из них реализуются в Рязанской области, в числе которых – «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек в Рязанской области» [Приказ «Об утверждении региональной программы «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, в Рязанской области», 2020].

Основными документами, регламентирующими формирование среды для ведения гражданами здорового образа жизни, включая здоровое питание были Постановление Правительства Рязанской области от 29.10.2014 № 311 «Об утверждении государственной программы Рязанской области «Развитие

здравоохранения на 2015-2020 годы», территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, долгосрочная целевая программа «Комплексная профилактика неинфекционных заболеваний у населения Рязанской области на 2013-2017 годы» (Постановление Правительства Рязанской области от 26.09.2012 № 269), которая к настоящему времени закончила свое действие, задав правильный вектор.

Целью государственной программы Рязанской области «Развитие здравоохранения на 2015-2020 годы», в первую очередь, ставилось формирование здорового образа жизни, предупреждение и своевременное выявление заболеваний. Предполагается решить вопросы повышения доступности и качества оказания специализированной, высокотехнологичной и скорой медицинской помощи, а также повышения качества жизни пациентов за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии хронических заболеваний. Целью Программы является обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами, автоматизации процесса информационного внутри- и межведомственного взаимодействия.

Большое значение придается проведению мероприятий, направленных на повышение уровня знаний населения о ЗОЖ, профилактике вредных привычек, включая табакокурение, злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами; исследованию распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний и профилактике инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику. Предполагается совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с алкогольной зависимостью, психическими расстройствами и расстройствами поведения, сосудистыми и онкологическими заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Уделено внимание улучшению качества жизни медицинских работников и повышению престижа

медицинских специальностей.

Подпрограммы посвящены развитию первичной медико-санитарной помощи, совершенствованию оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, совершенствованию системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях. Отдельные подпрограммы сформированы для решения вопросов кадрового обеспечения системы здравоохранения, развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, а также информатизации в здравоохранении на 2017-2020 годы.

В рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области предусматривается перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, основными из которых являются: 1) проведение мероприятий по диспансерному наблюдению лиц с хроническими заболеваниями в амбулаторных условиях и на дому; 2) проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска. Профилактические мероприятия включают медицинские осмотры в рамках диспансеризации работающих граждан, медицинские осмотры взрослых перед проведением иммунизации против инфекционных заболеваний и медицинские осмотры в центрах здоровья для сохранения здоровья граждан и формирования у них здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Условия и сроки диспансеризации в отношении определенных групп населения определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации. Объем мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни определяется лечащим врачом, врачом центра здоровья.

Однако анализ демографической ситуации в Рязанской области, проведенный на основании данных, представленных Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Рязанской области, и прогнозируемые показатели демографического развития свидетельствуют о недостаточности мер по пропаганде, выявлению и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний, диагностике и лечению неинфекционных заболеваний на ранних стадиях их развития для профилактики развития, прогрессирования и преждевременной смерти. Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей.

Для успешной реализации концепции демографического развития Рязанской области необходима разработка и реализация дополнительных мер демографической политики – разработка и реализация Программы.

В связи с представленными выше полномочиями федеральных органов исполнительной власти и субъектов Российской Федерации, наиболее полноценное выполнение мер в сфере охраны здоровья граждан в Рязанской области будет возможным в рамках реализации настоящей Программы.

Основным содержанием Программы должны стать действия, направленные на сохранение здоровья, выявление и коррекцию факторов образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития неинфекционных заболеваний у всего населения (профилактика в рамках популяционной стратегии), выявление и снижение уровней факторов риска у лиц с высоким риском развития неинфекционных заболеваний, выявление лиц со скрытым течением неинфекционных заболеваний и их своевременное лечение (профилактика в рамках стратегии высокого риска), ранняя диагностика неинфекционных заболеваний и лечение людей с установленными такими заболеваниями для предупреждения прогрессирования и преждевременной смерти (вторичная профилактика неинфекционных заболеваний).

В целях активизации работы по формированию у населения мотивации

по сохранению здоровья и повышения физической активности Постановлением Правительства Рязанской области от 26.09.2012 г. была № 269 утверждена долгосрочная целевая программа «Комплексная профилактика неинфекционных заболеваний у населения Рязанской области на 2013-2017 годы», которая утратила силу в 2014 г.

Программа была ориентирована на достижение следующих целей:

- увеличение продолжительности жизни населения Рязанской области за счет снижения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний;

- снижение уровня распространенности курения у населения Рязанской области;

- снижение распространенности факторов риска, связанных с питанием, у населения Рязанской области;

- повышение уровня физической активности населения Рязанской области;

- выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний у населения Рязанской области;

- сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, снижение уровня распространенности вредных привычек, формирование навыков рационального питания.

При этом предполагалось:

- снижение уровня распространенности курения у населения Рязанской области – степень охвата населения в среднем 80%;

- снижение распространенности факторов риска, связанных с питанием, у населения Рязанской области – степень охвата населения в среднем 70%;

- повышение уровня физической активности населения Рязанской области – степень охвата населения в среднем 65%;

- повышение эффективности профилактической работы ГМО РО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, – степень охвата

населения в среднем 80%;

- сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, снижение уровня распространенности вредных привычек, формирование навыков рационального питания – степень охвата населения в среднем 80%.

Целью Программы «Улучшение условий и охраны труда в Рязанской области на 2014-2017 годы» являлось снижения производственного травматизма и профессиональной заболеваемости работников организаций, расположенных на территории Рязанской области. Предполагает решение следующих задач: внедрение механизмов управления профессиональными рисками в системы управления охраной труда в организациях, совершенствование нормативной правовой базы Рязанской области в сфере охраны труда, непрерывная подготовка работников по охране труда на основе современных технологий обучения, информационное обеспечение и пропаганда охраны труда, а также совершенствование лечебно-профилактического обслуживания и реабилитации работающего населения.

Целью дорожной карты «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Рязанской области» является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников.

Наиболее важный аспект улучшения демографической ситуации – развитие профилактического направления. Мероприятия проводятся на территории Рязанской области в рамках областных и федеральных целевых программ.

Таким образом, в ходе проведения анализа 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 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 здоровьесохранительных 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.).

5.3. Система мер по профилактике неинфекционных заболеваний у работников социальной сферы

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что структурно государственные и региональные программные мероприятия ориентированы на:

- 1) межведомственное (межсекторальное) взаимодействие по вопросу формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации;
- 2) повышение эффективности системы раннего выявления и коррекции факторов риска НИЗ.

Первый блок включает мероприятия информационно-коммуникационного обеспечения деятельности, ориентированной на обеспечения условий и формирование ЗОЖ, а также на организацию и проведение постоянного эпидемиологического мониторинга факторов риска ХНИЗ (рис. 5.5).

Второй раздел, касающийся совершенствованию системы раннего выявления и коррекции факторов риска ХНИЗ, содержит такие мероприятия как развитие инфраструктуры медицинской профилактики в рамках первичной медико-санитарной и специализированной помощи, санаторно-курортного лечения, совершенствование диспансеризации населения и

раннего выявления заболеваний (разработка нового порядка).



Рисунок 5.5. Структура мероприятий по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ

При этом 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 путем создания 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 НИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи и в стационарах формирует основу комплексных целевых программ на уровне регионов (рис. 5.6).



Рисунок 5.6. Основное содержание комплексных целевых программ по профилактике НИЗ на уровне субъектов РФ

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 ПМСП 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 (рис. 5.7).

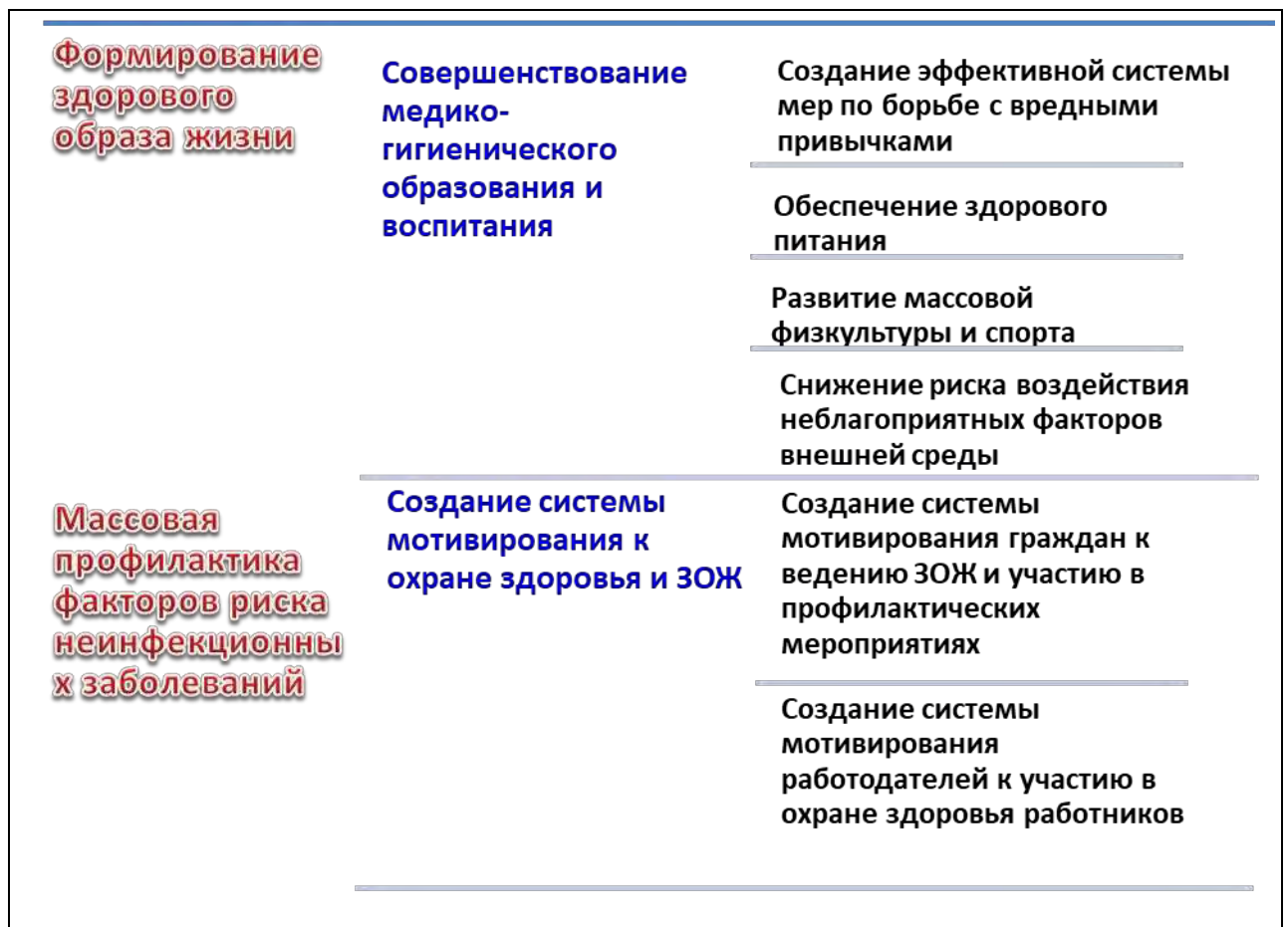


Рисунок 5.7. Алгоритм формирования здорового образа жизни и профилактики ХНИЗ

Функциональное предназначение основных элементов медицинской профилактики представлено на рис. 5.8.



Рисунок 5.8. Функциональное предназначение основных элементов медицинской профилактики

Проведенный в настоящей работе анализ результатов диспансеризации, социологического исследования и законодательной базы по вопросам охраны здоровья и формирования ЗОЖ, представляется возможным предложить систему мер, ориентированную на профилактику неинфекционных заболеваний и стимулирование здорового образа жизни у работников социальной сферы. По нашему мнению, эта система должна включать следующие элементы (рисунок 5.9):

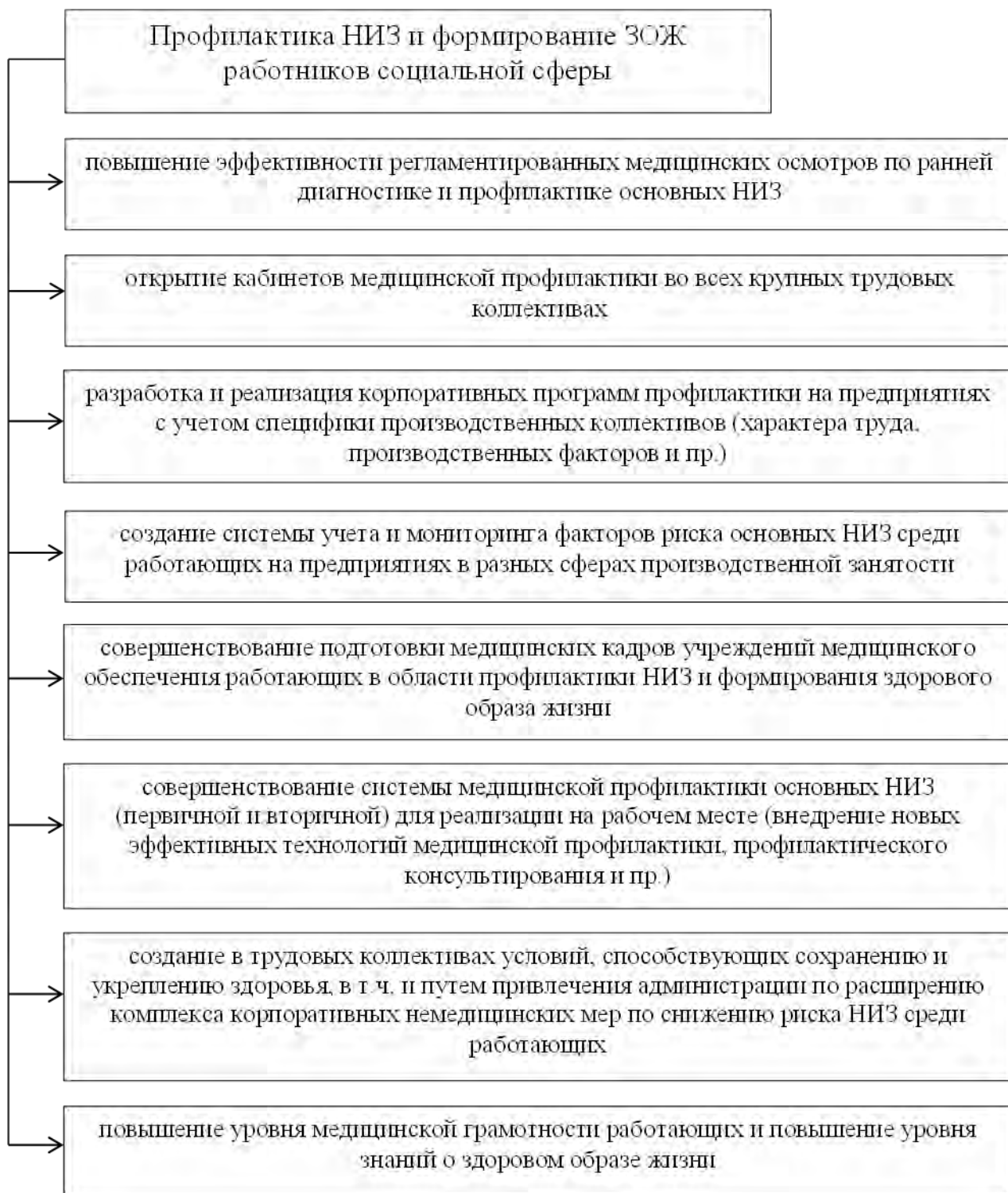


Рисунок 5.9 Система профилактики НИЗ и формирования ЗОЖ работников социальной сферы.

Целевыми индикаторами успешной реализации указанных направлений могут служить следующие показатели:

- распространенность курения среди женщин старше 18 лет (% от общего количества);
- распространенность курения среди мужчин старше 18 лет (% от общего количества);
- доля курящих, успешно отказавшихся от употребления табака (более 12 месяцев назад) (% от общего количества);
- доля лиц среди взрослых с избыточной массой тела (%);
- доля лиц среди взрослых с ожирением (%);
- доля населения, регулярно занимающегося в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах (% от общей численности населения Рязанской области);
- доля лиц с низкой физической активностью (% от общей численности населения Рязанской области);
- доля лиц 2-й группы здоровья, охваченных профилактическими мероприятиями (услугами) (% от общего количества лиц 2 группы);
- доля лиц, которым оказана помощь в кабинетах/отделениях медицинской профилактики (% от общего числа посещений государственных учреждений, подведомственных Минздраву Рязанской области);
- доля населения старше 18 лет, получившего профилактическую помощь по поведенческим факторам риска (% от общей численности населения Рязанской области);
- количество амбулаторно-поликлинических медицинских организаций Рязанской области, имеющих кабинеты/отделения медицинской профилактики (% от общего количества амбулаторно-поликлинических медицинских организаций Рязанской области);
- количество амбулаторно-поликлинических учреждений, внедривших листы регистрации и контроля факторов риска (% от общего количества амбулаторно-поликлинических учреждений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной причиной смертности и инвалидности граждан в настоящее время признается распространенность неинфекционных заболеваний, что обуславливает направления государственной политика в сфере охраны здоровья населения в большинстве стран мира. Эффективность снижения заболеваемости указанными болезнями базируется на основе межведомственного и межсекторального взаимодействия и включает не только государственные органы, но и структуры гражданского общества и бизнес.

Одной из наиболее острых проблем здравоохранения Российской Федерации в современных условиях является высокий уровень и рост заболеваемости, инвалидности и смертности населения трудоспособного возраста. В связи с этим, задача разработки научно обоснованных подходов к снижению уровня заболеваемости граждан трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере, представляется актуальной.

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.

Для решения поставленных задач под наблюдением находилось взрослое население Рязанской области, расположенной в Центральном Федеральном округе Российской Федерации.

Программа диссертационного исследования включала несколько последовательных этапов.

Вначале была осуществлена оценка степени разработанности проблемы исследования в научной литературе и определение программы исследования.

С этой целью проводился анализ данных литературы, касающейся здоровья работников социальной сферы, занятых в различных видах экономики, факторов риска и профилактики НИЗ у населения трудоспособного возраста в современных условиях.

Далее на основе анализа учетно-отчетной документации, отражающей демографические показатели, заболеваемость и инвалидность взрослого населения Рязанской области, а также деятельность учреждений здравоохранения за период 2017-2019 гг. была проведена оценка состояния здоровья работников социальной сферы Рязанской области.

Результаты исследования заболеваемости работников образования, здравоохранения и предоставления социальных услуг по обращаемости за медицинской помощью (общая и первичная заболеваемость и заболеваемость с временной утратой трудоспособности), по данным углубленных медицинских осмотров, а также профессиональной заболеваемости в Рязанской области были сравнены с соответствующими показателями по Центральному федеральному округу и по Российской Федерации в целом.

Анализ данных официальной статистики показал, что в Рязанской области, как в РФ в целом и в ЦФО, отмечается постепенный рост заболеваемости населения. Однако ее уровень постоянно несколько ниже, чем в указанных территориях. В последние два года наметилась тенденция к стабилизации процесса как в РФ, так в ЦФО и Рязанской области.

Установлено, что заболеваемость по обращаемости работников социальной сферы, находящихся в трудоспособном возрасте, ниже, чем населения трудоспособного возраста в целом по Рязанской области. Значительно различались показатели по классу инфекционных и паразитарных болезней – у исследуемой группы – 9,1 в области в целом – 33,7 на 1000 населения соответствующего возраста и пола (в 3,7 раза), болезней кожи и подкожной клетчатки – 11,6 против 43,1 (в 3,7 раза), нервной системы – 5,9 против 12,1 (в 2 раза), глаза и его придаточного аппарата – 11,9 против 29,8 (в 2,5 раза), травм и отравлений – 36,7 против

86,9 (в 2,4 раза).

Только заболеваемость болезнями системы кровообращения была выше в группе лиц, относящихся к социальной сфере – 43,1 против 21,7 на 1000 населения соответствующего возраста и пола, $p < 0,05$.

Анализ заболеваемости работников социальной сфере (образования, здравоохранения и социального обслуживания) с временной утратой трудоспособности среди изучаемого контингента показал, что за период 2017-2019 гг. ее показатели по числу случаев на 100 работающих специалистов данной профессиональной группы были $75,28 \pm 2,76$. При этом наиболее высокий уровень ЗВУТ имел место у педагогов - $79,73 \pm 2,52$, а наиболее низкие показатели – у врачей $60,99 \pm 1,76$, $p < 0,05$.

В структуре ЗВУТ основное место занимают болезни органов дыхания - 34,1%. Данная патология достоверно чаще регистрировалась у педагогов. Так, частота болезней органов дыхания у них отмечалась в 43,4% случаев против 36,4% среди врачей ($p < 0,05$), органов пищеварения – 16,4% против 7,8% ($p < 0,05$), системы кровообращения – 17,3% против 11,1% ($p < 0,05$).

Средняя длительность одного случая ЗВУТ по отдельным причинам в различных профессиональных группах в основном не имела достоверных различий. Исключение составили новообразования, по поводу которых средняя длительность случая у врачей была значительно выше, чем у педагогов ($44,90 \pm 4,02$ против $27,83 \pm 3,12$ дней, $p < 0,05$) и инфекционные заболевания, продолжительность которых была несколько выше у педагогов ($17,12 \pm 1,83$ против $13,89 \pm 2,04$ дней, $p > 0,05$).

Проведение диспансеризации наблюдаемой группы лиц, работающих в социальной сфере, позволило вновь выявить хроническую патологию у 52,5% обследованных.

По результатам диспансеризации работающие граждане по состоянию здоровья были разделены на пять групп: I группа – 10,8%, II группа – 27,6%, III группа – 57,7%, IV группа – 3,9% и V группа – пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи (отсутствие случаев). В 2013 г.,

уровень распространенности заболеваний среди лиц, работающих в социальной сфере, составил 616,1 на 1000 населения соответствующего возраста, что на 39,5% больше, чем по обращаемости (441,6 на 1000).

Впервые выявленная заболеваемость среди работников социальной сферы составила 118,9 на 100 обследованных. Наиболее часто выявлялись болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы (36,1 и 26 на 100 обследованных, соответственно).

Таким образом, в результате диспансеризации установлено, что две трети учителей общеобразовательных школ по различным причинам своевременно не обращались за медицинской помощью, вследствие чего у них в ходе диспансеризации впервые выявляются многие хронические заболевания и, прежде всего, болезни системы кровообращения.

По результатам диспансеризации врачей (62,8% терапевтического и 29,5% хирургического профиля) вновь поставлено на диспансерный учет 45,2% от общего числа обследованных лиц. При этом число случаев заболеваний на 100 обследованных составило 191,5, что достоверно выше, чем у педагогов (88,9) и в группе в целом (118,9), $p < 0,05$.

Подавляющее большинство врачей (48,9%) было отнесено к третьей группе здоровья, 13,2% – к первой группе. Почти каждый третий имел вторую группу (34,4%) и в 3,6% случаев обследованные врачи имели четвертую группу здоровья.

Результаты диспансеризации указывают на то, что наиболее распространенными заболеваниями работников здравоохранения и медицинского обслуживания являются болезни системы кровообращения – 30,0%, второе и третье место – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезни глаза и его придаточного аппарата (23,1% и 13,6% соответственно).

Таким образом, 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 обрацаемости. Частота и число хронической патологии растет с возрастом работающих и их стажем.

В структуре заболеваемости по данным диспансеризации первые ранговые места занимают болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, глаза и его придаточного аппарата, органов пищеварения. Установлена более высокая распространенность заболеваний у врачей по сравнению с педагогами. У врачей терапевтического профиля достоверно чаще выявлялись новообразования, болезни эндокринной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, у врачей хирургического профиля – болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения.

В социологическое исследование были включены 935 работников социальной сферы г. Рязани, в том числе 40,4% мужчин и 59,6% женщин. Большинство опрошенных, как мужчин, так и женщин, пришлось на возрастную группу 40–44 лет (49,3% и 50,3% соответственно). Более половины респондентов (57,8%) на момент проведения исследования имели высшее образование, почти каждый третий (31,5%) – среднее специальное. Состояли в официально зарегистрированном браке 78,8% респондентов. В сфере здравоохранения было занято 29,8% опрошенных, в сфере образования - 25,3% и в сфере предоставления социальных услуг – 22,7%.

На контакт с профессиональными вредностями указали 32,7% опрошенных (представителей сферы здравоохранения 55,6%, сферы предоставления социальных услуг - 20,2% и сферы образования – в 18,1%). При этом 44,3% респондентов отметили влияние факторов физической природы, 33,6% – химической, 21,3% – биологической и 0,8% указали действие прочих факторов.

Среди работников здравоохранения равные доли (по 25,2%) лиц испытывают либо физическое, либо эмоциональное переутомление, а 45,8% – и физическое, и эмоциональное. Более половины работников образовательной сферы (50,5%) подвержены значительным эмоциональным

нагрузкам, приводящим к переутомлению, 37,6% - как эмоциональным, так и физическим нагрузкам. Респонденты, чья деятельность связана с предоставлением социальных услуг в 42,2% случаев указали на наличие эмоционального утомления в конце рабочего дня, в 36,1% – эмоционального и физического переутомления.

Анализ жилищно-бытовых условий показал, что большинство работников социальной сферы имеют собственное жилье: 61,2% – изолированную квартиру, 17,3% - частный дом. Несмотря на это, проблема жилищных условий, остается актуальной для 20,0 на 100 опрошенных в связи с плохими условиями проживания, дефицитом жилой площади, совместным проживанием с родственниками.

Опрос показал, что 80,1% мужчин и 71,2% женщин имеют различные вредные привычки. При этом регулярно употребляют спиртные напитки 5,1% респондентов (7,2% мужчин и 2,0% женщин), эпизодически – 71,6% (72,6% мужчин и 70,2% женщин). Среди респондентов, работающих в сфере предоставления социальных услуг, удельный вес лиц, не употребляющих спиртные напитки (29,4%), соответственно в 1,4 и 1,2 раза превышает долю таковых среди респондентов сферы здравоохранения (21,3%) и образования (24,5%). Курят 41,4% респондентов, в том числе 43,9% мужчин и 37,7% женщин. При сравнении частоты курения между респондентами, относящимися к разным отраслям социальной сферы, достоверно значимых различий нами выявлено не было.

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%. Работники здравоохранения (27,8%) соответственно в 1,4 и 2,4 раза чаще по сравнению с лицами, занятыми в сфере образования (20,2%) и предоставления социальных услуг (11,8%) характеризуют собственное здоровье как «хорошее».

Установлено, что 60,2% опрошенных регулярно проходят

профилактические медицинские осмотры, в том числе 58,7% мужчин и 62,3% женщин. При этом удельные веса лиц, регулярно проходящих медосмотры, среди работников сферы здравоохранения и образования составили соответственно 76,9% и 73,4%, тогда как доля таковых в сфере предоставления социальных услуг не превысила трети от общего числа опрошенных данной группы (32,9%).

Установлено, что только 45,8% лиц среднего трудоспособного возраста, занятых в социальной сфере не имеют хронических заболеваний. При этом на наличие хронических заболеваний указали 43,9% респондентов, занятых в сфере здравоохранения, 47,8% – образования и 54,2% – предоставления социальных услуг. Распространенность хронических заболеваний среди обследованного контингента составила 124,4 на 100 опрошенных.

Среди работников сферы здравоохранения и образования на первом ранговом месте расположились болезни пищеварительной системы (соответственно 36,2 и 36,4 на 100 опрошенных). На втором месте – болезни системы кровообращения (29,8 и 22,7), на третьем – болезни костно-мышечной системы (21,3 и 18,4 на 100 опрошенных). Иное ранговое распределение определяется в группе респондентов, занятых в сфере предоставления социальных услуг. Так, среди них наибольшее распространение (первое ранговое место) имеют болезни системы кровообращения (31,1 на 100 опрошенных). Второе и третье место заняли соответственно болезни костно-мышечной системы (22,2) и мочеполовой системы (15,6 на 100 опрошенных).

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

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.

Имеют инвалидность 4,8% опрошенных (среди работников сферы здравоохранения – 4,6%, образования – 5,3%, предоставления социальных услуг – 7,1%).

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 таковых в группе лиц, занятых в сфере здравоохранения составил 6,6%, предоставления социальных услуг – 2,4%.

Кроме того, установлено, что 79,8% лиц, занятых в сфере здравоохранения занимаются самолечением. Удельные веса таковых в группе респондентов, занятых в сфере образования и предоставления социальных услуг составили соответственно 70,2% и 69,9%.

Активный отдых на природе пользуется большей популярностью среди работников здравоохранения и образования (32,4 и 20,2 на 100 опрошенных). В свою очередь, среди работников социальной сферы в большей степени распространен отказ от вредных привычек (36,5 на 100 опрошенных).

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

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. При этом наибольшая доля лиц, считающих свои знания в вопросах профилактики заболеваний достаточными, относится к группе работников сферы здравоохранения (53,3%).

По мнению респондентов, состояние их здоровья в большей степени зависит от образа жизни (64,8%), факторов окружающей среды (53,6%), наследственных факторов (40,5%) и уровня медицинского обслуживания (35,0%).

Анализ результатов диспансеризации и социологического исследования работников социальной сферы позволил выявить основные факторы, влияющие на их здоровье.

Для разработки предложений по формированию здорового образа жизни, предупреждению заболеваний и оптимизации лечебно-профилактической помощи работникам социальной сферы в современных условиях предварительно были определены методологические подходы, которые заключались в использовании современных достижений науки и передовой практик, определении эффективных инструментов системы управления здравоохранением.

Результаты опроса сравнивались с данными выборочного обследования на тему «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения» в 24 субъектах Российской Федерации, проведенного Федеральной службы государственной статистики (Росстат) совместно с Минздравсоцразвития России, Росспортом, Институтом социальных

исследований.

Было установлено достоверно более высокое распространение у лиц, работающих в социальной сфере, таких факторов риска как нерациональное питание (79,5% против 64,1%, $p < 0,05$), высокий уровень стресса (78,9% против 51,9%, $p < 0,05$) и недостаточная забота о своем здоровье (61,2% против 46,9%, $p < 0,05$). Чаще, чем среди всего населения, регистрировалось курение табака и низкая физическая активность, хотя указанные тенденции не были достоверными. Следует отметить более низкий уровень потребления алкоголя, однако данные различия также были недостоверными.

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.

Анализ существующей федеральной и региональной законодательной базы, а также программ региональных мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний за период 1990-2018 гг. позволил установить, что к основному их содержанию относится формирование ЗОЖ и совершенствованию профилактики НИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи и в стационарах. По итогам анализа законодательной базы нами была сформирована система мер профилактики НИЗ у работников социальной сферы. Ее базовыми блоками стали:

- 1) учет и мониторинг факторов риска основных НИЗ среди работающих на предприятиях в разных сферах производственной занятости;
- 2) повышение эффективности регламентированных медицинских осмотров по ранней их диагностике;
- 3) совершенствование системы медицинской профилактики основных НИЗ на рабочем месте (открытие кабинетов профилактики, корпоративные и индивидуальные программы и др.);
- 4) совершенствование подготовки медицинских кадров учреждений

медицинского обеспечения работающих в области профилактики НИЗ и формирования здорового образа жизни;

5) повышение уровня медицинской грамотности работающих и повышение уровня знаний о здоровом образе жизни.

ВЫВОДЫ

1. 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. Следует отметить, существенно более высокую заболеваемость болезнями системы кровообращения в группе лиц, относящихся к социальной сфере – 43,1 против 21,7 на 1000 населения.

2. 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%.

3. С учетом результатов диспансеризации работников социальной сферы уровень распространенности заболеваний среди них составил 616,1 в расчете на 1000 человек. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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 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 здоровому образу 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, медицины и здравоохранения 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аброськина, О.В. Факторы риска и здоровый образ жизни / О.В. Аброськина, Е.В. Силина, А.Н. Комаров // *Фундаментальные исследования*. - 2013. - № 1. - С. 126-133.
2. Абубакиров А.С., Ананченкова П.И., Амонова Д.С., Зудин А.Б., Снегирева Ю.Ю. *Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования*. – М. – Берлин: Директ-Медиа, 2019.
3. Агеева, И.А. Состояние здоровья учителей в связи с задачами психопрофилактической работы / И.А. Агеева, О.В. Киселева // *Reflexio*. - 2017. - Т. 10, № 2. - С. 142-153.
4. Алексеев, В.Б. Перспективы управления профессиональными рисками в условиях реформ нормативно-правовой базы / В.Б. Алексеев, Н.В. Зайцева, П.З. Шур // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2018. – № 10. – С. 39-44.
5. Алексеева, С.В. Дополнительная диспансеризация работающего населения как способ выявления факторов риска развития и ранних стадий сердечнососудистых заболеваний / С.В. Алексеева, О.Ю. Кореннова // *Российские медицинские вести*. - 2009. - Т. 14, № 3. - С. 56-61.
6. Амиров, Н.Х. Медико-социальные аспекты здоровья трудоспособного населения с учетом профессиональной деятельности / Н.Х. Амиров, Л.А. Балабанова, И.Д. Ситдикова, И.К. Вазиев // *Общественное здоровье и здравоохранение*. - 2009. - № 3. - С. 26-29.
7. Андреева, Е.Е. Гигиеническая оценка приоритетных факторов риска среды обитания и состояния здоровья населения г. Москвы / Е.Е. Андреева, Г.Г. Онищенко, С.В. Клейн // *Анализ риска здоровью*. – 2016. – № 3. – С. 23-34.
8. Багнетова, Е.А. Оценка качества жизни, психологического и функционального состояния педагогов / Е.А. Багнетова, О.Г. Литовченко, О.Л. Нифонтова // *Современные проблемы науки и образования*. - 2015. - № 6. - С. 253.

9. База Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. - Режим доступа: www.gks.ru/bgd/free/
10. Бакутов, С.В. Профилактические аспекты деятельности участкового терапевта / С.В. Бакутов, Н.Ю. Гуляева, Е.С. Денисова и др. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, № 2. - С. 136.
11. Балашов, С.Ю. Методические подходы к оценке долевого вклада хозяйствующих субъектов в хронический риск здоровью населения / С.Ю. Балашов, И.В. Май, С.В. Клейн // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 6. – С. 26-29.
12. Барг, А.О. Оценка вклада макросоциальных факторов в формирование потерь здоровья работающего населения / А.О. Барг, М.Ю. Цинкер // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 9. – С. 20.
13. Барг, А.О. Риск-коммуникация в сфере здоровья как вид социальной коммуникации / А.О. Барг // Дискуссия. – 2017. - № 1. – С. 50-55.
14. Бердяева, И.А. Оценка состояния здоровья врачей Амурской области / И.А. Бердяева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2012. - № 43. - С. 99-106.
15. Бобровский, Р.Н. Изучение состояния здоровья трудоспособного населения / Р.Н. Бобровский // Международный журнал экспериментального образования. - 2010. - № 8. - С. 30-31.
16. Боев, В.М. Методология комплексной оценки антропогенных и социально-экономических факторов формирования риска для здоровья населения / В.М. Боев // Гигиена и санитария. - 2009. - №4. - С. 4-8.
17. Бойцов, С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: экономические факторы / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, В.Ю. Семенов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. - № 1. – С. 335-339.
18. Бойцов, С.А. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е с дополнениями и уточнениями /

С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина и др. // М., 2013. - 83 с.

19. Бойцов, С.А. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, Ф.А. Гилева и др. // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 2. - С. 3-12.

20. Валиулина, Л.Ф. Дополнительная двигательная активность и состояние здоровья учителей начальных классов / Л.Ф. Валиулина, М.М. Шестаков // В сборнике: Физическая культура и спорт. Олимпийское образование. Материалы международной научно-практической конференции. - 2019. - С. 34-36.

21. Васильева, Т.Н. Психопрофилактика негативного влияния профессиональных факторов на здоровье и работоспособность школьных учителей / Т.Н. Васильева, И.В. Федотова, М.М. Некрасова, А.В. Зуев // Социальные аспекты здоровья населения. - 2019. Т. 65, № 3. - С. 8.

22. Вахитов, Ш.М. Диспансеризация населения: оценка сочетаний факторов социально-гигиенического характера для конкретизации планов организации диспансерной работы / Ш.М. Вахитов, Г.А. Шамсеева // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2008. - № 3. - С. 84 – 90.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. Введенский А.И. Медико-демографическая и социально-гигиеническая характеристика работников бюджетной сферы и их семей // Клинический опыт двадцатки. – 2015. - № 2 (26).

27. 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.

28. Введенский А.И. Оценка условий труда и удовлетворенность работой мужчин и женщин, занятых в бюджетной сферы // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 17-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2013.

29. Введенский А.И. Оценка факторов риска потерь здоровья у работников бюджетной сферы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. - № 3.

30. Введенский А.И. Аксиология здоровья в системе ценностей работников социальной сферы // Общественное здоровье и здравоохранения. – 2021. - № 1.

31. 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.

32. Введенский А.И. Исследование заболеваемости работников образовательной бюджетной среды: медико-социальные факторы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - № 5.

33. Введенский А.И. Корпоративные программы профилактики профессиональных заболеваний // Проблемы социальной гигиены,

здравоохранения и истории медицины. - 2020. - № 2.

34. 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. Сологуб. – Красноярск, 2012.

35. 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.

36. 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.

37. Введенский А.И. Результаты дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы (по данным Рязанской области) // Материалы межрегиональной научной конференции с международным участием РязГМУ. - Рязань, 2014.

38. 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.

39. 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.

40. 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.

41. Введенский А.И., Коновалов О.Е. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников бюджетной сферы // Клинический опыт двадцатки. - 2015. - № 2 (26).
42. Вялков, А.И. Персонализированная профилактика в первичном звене здравоохранения: обоснование, организационно-функциональная модель, инновационные технологии / А.И. Вялков, И.А. Гундаров, В.А. Полесский // Главврач. - 2016. - № 5. - С. 6-23.
43. Гаас, Г.Н. Особенности заболеваемости населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения по данным ОМС / Г.Н. Гаас, А.А. Модестов // Социальные аспекты здоровья населения. -2011. - Т. 17, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>
44. Гасников, В.К. Особенности Российского демографического развития / В.К. Гасников, В.Н. Савельев, Н.С. Стрелков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - № 2. – С. 8-9.
45. Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте Европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 3. - С. 10-14.
46. Гичева, И.М. Состояние здоровья населения трудоспособного возраста на участках общей семейной практики, перспективы и задачи диспансеризации / И.М. Гичева, А.А. Николаева, Э.А. Отева и др. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 5. - С. 14-17.
47. Гончаров, В.К. Распространенность факторов риска и состояние здоровья врачей / В.К. Гончаров, Н.А. Ермилова, П.М. Борщев и др. // Медицинский вестник МВД. - 2017. - Т. LXXXVI, № 1 (86). - С. 10-13.
48. Горячкина, С.Ю. Контекстный семантический анализ нормативно-правовой базы регулирования здорового образа жизни / С.Ю. Горячкина, С.А. Палевская // Уральский медицинский журнал. - 2019. - № 10 (178). - С. 161-167.
49. Грошев, И.В. Медико-социологический анализ факторов, влияющих на

смертность с учетом половых и возрастных различий / И.В. Грошев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 1. – С. 20-27.

50. Губанихина, Е.В. Здоровьесберегающий аспект профессиональной деятельности воспитателя детского сада / Е.В. Губанихина // Детский сад: теория и практика. - 2014. - № 11. - С. 92-97.

51. Губкина, О.А. Медико-социальные аспекты состояния здоровья трудоспособного населения / О.А. Губкина // Клинический опыт Двадцатки. - 2013. - № 2 (18). - С. 26-28.

52. Гундаров, И.А. Угроза демографического кадрового кризиса в России и пути его преодоления / И.А. Гундаров, В.И. Стародубов, А.Л. Сафонов, Н.П. Соболева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. - Т. 61, № 1. - С. 5-10.

53. Гурьянов, М.С. Научное обоснование формирования здоровьесберегающего поведения медицинских работников (на примере Нижегородской области): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / М.С. Гурьянов. - Рязань, 2011. - 48 с.

54. Давидович, И.М. Предгипертензия у мужчин молодого возраста / И.М. Давидович, С.Л. Жарский, О.В. Афонасков // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 1. - С. 31-34.

55. Данилова, Н.В. Совершенствование организации восстановительного лечения и реабилитации работающего населения / Н.В. Данилова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 4. - С. 23-27.

56. Денисенко, В.С. Физическая подготовка как фактор формирования оптимального состояния здоровья педагога / В.С. Денисенко // Путь науки. - 2014. - № 1. - С. 167-168.

57. Догадаев, О.Н. Проблема формирования здорового образа жизни среди педагогов общеобразовательной организации / О.Н. Догадаев // Педагогика и просвещение. - 2019. - № 2. - С. 153-161.

58. Долгалев, И.В. Динамика подверженности курению мужчин и женщин

Томска (по результатам 15-летнего проспективного когортного исследования) / И.В. Долгалев, В.В. Образцов, И.В. Цимбалюк и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2008. - № 3. - С. 44-46.

59. Дорожкина, Е.Г. Оценка состояния здоровья трудовых ресурсов: методический подход / Е.Г. Дорожкина // *Вестник Самарского муниципального института управления*. - 2011. - № 1. - С. 75-80.

60. Дьякович, М.П. Оценка влияния социально-экономических факторов на смертность трудоспособного населения Республики Бурятия с помощью моделирования / М.П. Дьякович, Е.П. Бокмельдер // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2009. - № 5. - С. 19-22.

61. Дьяченко, В.Г. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса [Электронный ресурс] / В.Г. Дьяченко, Т.А. Костакова, И.В. Пчелина. - Хабаровск: Издательство ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. - Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3156>

62. Евсевьева, М.Е. Пути совершенствования диспансеризации молодых людей с угрозой развития сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте / М.Е. Евсевьева, О.В. Сергеева, Г.П. Никулина и др. // *Профилактическая медицина*. - 2008. - Т. 11, № 3. - С. 40-43.

63. Ершова, Е.В. Медико-социальная характеристика здоровья медицинских работников службы скорой медицинской помощи и пути их профессиональной реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Е.В. Ершова. - Екатеринбург, 2012. - 24 с.

64. Зайцева, Н.В. К вопросу о применении прогнозирования эволюции риска здоровью в гигиенических оценках / Н.В. Зайцева, П.З. Шур, И.В. Май, Д.А. Кирьянов // *Гигиена и санитария*. – 2016. – Т. 95, № 1. – С. 106-112. DOI: 10.18821/0016-9900-2016-95-1-106-112.

65. Зайцева, Н.В. Концептуальная постановка и опыт решения задачи оптимизации контрольно-надзорной деятельности в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения / Н.В. Зайцева, Д.А. Кирьянов, И.В. Май, П.З. Шур, М.Ю. Цинкер // *Гигиена и санитария*. –

2017. – Т. 96, № 1. – С. 10-15.

66. Зайцева, Н.В. Методические подходы к исследованию результативности и резервов управления в системе Роспотребнадзора по критериям предотвращенных потерь здоровья населения Российской Федерации / Н.В. Зайцева, Д.А. Кирьянов, М.Ю. Цинкер, В.Г. Костарев // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98, № 2. – С. 125-134.

67. Захаренков, В.В. Динамическая оценка состояния здоровья педагогов в период повсеместной реализации мониторинга здоровья школьников в г. Новокузнецке / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, Д.В. Пестерева // В сб.: Инновации в технологиях и образовании сборник статей участников VII Международной научно-практической конференции: в 4 частях. г. Белово. - 2014. - С. 257-260.

68. Захаренков, В.В. К проблеме состояния здоровья педагогов г. Новокузнецка через индексную оценку их заболеваемости / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, Д.В. Пестерева // В сб.: Мат. XLVII научно-практической конференции с международным участием «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология». - 2012. - С. 76-78.

69. Здоровье для всех в 21 веке. ВОЗ. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf

70. Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. - 2012.

71. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. - 2013.

72. Здоровье-21. Здоровье для всех в 21 веке. ВОЗ. [Электронный ресурс]. - Режим

доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf.

73. Землянова, Е.В. Смертность в России в первом десятилетии XXI века [Электронный ресурс] / Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2008. - № 5. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>

74. Зудин А.Б. Основы реформирования здравоохранения в России. – М., 2017.
75. Зудин А.Б. Предпосылки реформирования российской системы здравоохранения// Российский стоматологический журнал. 2017. Т. 21. № 3. С. 157-159.
76. Зудин А.Б. Проблемы кадрового обеспечения как современная тенденция в развитии национальных систем здравоохранения// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. Т. 25. № 3. С. 172-174.
77. Зудин А.Б. Развитие предпринимательства в национальной системе здравоохранения// Вестник современной клинической медицины. 2017. Т. 10. № 2. С. 58-63.
78. Зудин А.Б., Введенский А.И. Здоровье в самооценках работников промышленного производства и социальной сферы// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2021. - № 2.
79. Зудин А.Б., Ковалева И.П. Российские особенности реформирования здравоохранения в современных социально-экономических условиях// Путеводитель предпринимателя. 2016. № 30. С. 35-43.
80. Зудин А.Б., Щепин В.О. Глобальные вызовы для российского здравоохранения// Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 41-45.
81. Зудин А.Б., Щепин В.О. Тренды в развитии глобального здравоохранения// Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 5. С. 32-40.
82. Зудин, А.Б. Глобальные вызовы для российского здравоохранения / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 5. - С. 41-45.
83. Зудин, А.Б. Общественное мнение как инструмент оценки эффективности реформ в сфере здравоохранения / А.Б. Зудин // Российский

стоматологический журнал. - 2017. - Т. 21, № 2. - С. 106-108.

84. Зудин, А.Б. Основы реформирования здравоохранения в России / А.Б. Зудин // Монография. - Москва, 2017.

85. Зудин, А.Б. Предпосылки реформирования российской системы здравоохранения / А.Б. Зудин // Российский стоматологический журнал. - 2017. - Т. 21, № 3. - С. 157-159.

86. Зудин, А.Б. Развитие предпринимательства в национальной системе здравоохранения / А.Б. Зудин // Вестник современной клинической медицины. -2017. - Т. 10, № 2. - С. 58-63.

87. Зудин, А.Б. Российские особенности реформирования здравоохранения в современных социально-экономических условиях / А.Б. Зудин, И.П. Ковалева // Путеводитель предпринимателя. - 2016. - № 30. - С. 35-43.

88. Зудин, А.Б. Тренды в развитии глобального здравоохранения / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 5. - С. 32-40.

89. Иванова А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи// Дисс. ... д.мед.н. – М., 2013.

90. Ивашова, Ю.А. Влияние ночных смен на функциональное состояние вегетативной нервной системы у работников с вредными условиями труда / Ю.А. Ивашова, О.Ю. Устинова, Е.М. Власова, Д.М. Шляпников // Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 10. – С. 54-58.

91. Измеров, Н.Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья работающего населения России / Н.Ф. Измеров // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - № 1. – С. 7-8.

92. Измерова, Н.И. Оценка качества и эффективности медицинских осмотров работающих / Н.И. Измерова, Г.И. Тихонова, Л.Г. Жаворонок // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. - № 6. – С. 25-29.

93. Ильяева, Е.Н. Состояние здоровья учителей по результатам

самооценки и дополнительной диспансеризации / Е.Н. Илькаева, Р.М. Такаев, Е.Г. Степанов и др. // Здоровье населения и среда обитания. - 2009. - № 1. - С. 25-27.

94. Ильченко, И.Н. Состояние здоровья, образ и качество жизни работников общеобразовательных школ Москвы / И.Н. Ильченко, А.А. Александров, М.Б. Котова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2013. - № 3. - С. 13-17.

95. Ишмухаметов И.Б. Условия труда и состояние здоровья учителей / И.Б. Ишмухаметов // В сборнике: Наука и образование: проблемы и тенденции развития. Материалы Международной научно-практической конференции: в 3-х частях. - 2013. - С. 125-128.

96. Калев, О.Ф. Профилактический модуль полипатий / О.Ф. Калев, Ю.Ю. Шамурова, Н.Г. Калева // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2008. - № 2. - С. 4–8.

97. Калинин, Д.Е. Социологическое исследование условий и образа жизни трудоспособного населения промышленного города / Д.Е. Калинин, С.М. Хлынин, Г.И. Мендрина и др. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 6. - С.24-27.

98. Кирьянов, Д.А. К оценке в регионах эффективности контрольно-надзорной деятельности Роспотребнадзора по критериям предотвращенных экономических потерь от смертности и заболеваемости населения, ассоциированных с негативным воздействием факторов среды обитания / Д.А. Кирьянов, М.Ю. Цинкер, О.А. Историк, Е.Г. и др. // Анализ риска здоровью. – 2017. - № 3. – С. 12-20.

99. Клупт, М. Демография регионов Земли / М. Клупт. - СПб: изд-во «Питер», 2008. – 347 с.

100. Ковалева, И.П. Реформирование здравоохранения России: теория и практика / И.П. Ковалева, А.Б. Зудин // Ученые записки Российской Академии предпринимательства. - 2016. - № 47. - С. 132-141.

101. Колбасова, И.В. Отношение к здоровьесберегающим технологиям

будущих учителей / И.В. Колбасова // В сборнике: Физическая культура, спорт, наука и образование Материалы II всероссийской научной конференции. - 2018. - С. 281-283.

102. Кондратьева, О.Г. Проблемы профессионального общения как фактор нарушений состояния здоровья педагогов / О.Г. Кондратьева, И.Л. Васильева // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2013. - № 1. - С. 214-216.

103. Коновалов, О.Е. Современные тенденции заболеваемости работников социальной сферы (обзор литературы) / О.Е. Коновалов, Я.В. Толь, М.А. Сычев // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2010. - № 3. - С. 163-167.

104. Концевая, А.В. Социально-экономическая эффективность диспансеризации 2013 года в Российской Федерации / А.В. Концевая, А.М. Калинина, С.А. Бойцов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2014. - Т. 13, № 3. - С. 4-10.

105. Королёв, С.В. Изменение качества жизни рабочих в результате реализации здоровьесохраняющих технологий / С.В. Королёв, А.Ж. Степанян, В.О. Гурдус // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. - № 3 (37). - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/576/30/lang,ru/>

106. Костакова Т.А. Оптимизация системы управления врачебными кадрами в условиях модернизации здравоохранения (на примере Дальневосточного федерального округа) // Дисс. ... к.мед.н. – Хабаровск, 2011

107. Костарев, В.Г. Информирование о рисках здоровью как составляющая риск-ориентированной модели оказания медицинской помощи работающему населению / В.Г. Костарев, С.Ю. Тендрякова, Е.М. Власова, О.Ю. Устинова, М.М. Порошина, А.О. Барг // Здоровье населения и среда обитания. – 2019. – № 2. – С. 4-8.

108. Котова, М.Б. Взаимосвязь между профессиональным выгоранием

учителей и их отношением к своему здоровью и здоровому образу жизни / М.Б. Котова, В.Б. Розанов, Е.И. Иванова // Профилактическая медицина. - 2018. - Т. 21, № 5. - С. 83-94.

109. Кочеткова, Е.Ф. Влияние занятия спортом и профессиональной деятельности учителя физической культуры на состояние здоровья / Е.Ф. Кочеткова // В сборнике: УНИВЕРСИТЕТСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (МКУО-2015) XIX Международная научно-методическая конференция, посвященная 70-летию Победы в Великой Отечественной Войне. Под редакцией А.Д. Гулякова, Р. М. Печерской. - 2015. - С. 198-200.

110. Кочорова, Л.В. Актуальные проблемы диспансеризации работников государственного университета / Л.В. Кочорова, С.В. Егорова, А.Н. Шишкин // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - вып. 11. – С. 168-172.

111. Лебедева-Несевря, Н.А. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работающего населения: федеральный и региональные показатели тенденции 2005-2014 гг. / Н.А. Лебедева-Несевря, В.Г. Костарев, Н.В. Никифорова, М.Ю. Цинкер // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96, № 11. – С. 1054-1059.

112. Лебедева-Несевря, Н.А. Здоровье работающего населения как фактор социально-экономической модернизации территории / Н.А. Лебедева-Несевря, М.Ю. Цинкер, Е.Б. Плотникова, И.А. Германов // Медицина труда и промышленная экология. – 2016. – № 12. – С. 15-20.

113. Лебедева-Несевря, Н.А. Микросоциальные факторы риска здоровью работающего населения России (результаты социологического исследования) / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеев, С.С. Соловьев // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 11. – С. 53-57.

114. Лебедева-Несевря, Н.А. Оценка риска, связанного с воздействием поведенческих факторов на здоровье работающего населения России / Н.А. Лебедева-Несевря, С.Ю. Елисеева // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – № 5. – С. 8-11.

115. Лебедева-Несевря, Н.А. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор / Н.А. Лебедева-Несевря, С.Ю. Елисеева // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. – С. 156-164.
116. Ле-Ван Т.Н., Зудин А.Б., Готская А.И., Мелик-Гусейнов Д.В. Развитие столичного здравоохранения в аспекте формирования здорового образа жизни граждан через социально ориентированные медицинские проекты// В сборнике: Здоровье нации - основа процветания России. Материалы X Всероссийского форума. Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации». 2016. С. 40-45.
117. Ле-Ван, Т.Н. Развитие столичного здравоохранения в аспекте формирования здорового образа жизни граждан через социально-ориентированные медицинские проекты / Т.Н. Ле-Ван, А.Б. Зудин, А.И. Готская, Д.В. Мелик-Гусейнов // В сборнике: Здоровье нации - основа процветания России Материалы X Всероссийского форума. Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации». - 2016. - С. 40-45.
118. Лещенко, Я. А. Смертность населения трудоспособного возраста в Иркутской области / Я.А. Лещенко, О.Г. Батура, Л.Н. Лебедева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - № 3. – С. 21–25.
119. Лигостаев, В.Д. Организационные проблемы дополнительной диспансеризации работающих граждан / В.Д. Лигостаев, Л.И. Петрова // Проблемы городского здравоохранения. - Вып. 14: сб. науч. тр. - СПб.: изд-во «ВВМ», 2009. - С. 236–240.
120. Линденбрaten, А.Л. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «развитие здравоохранения» / А.Л. Линденбрaten, Н.К. Гришина, В.В. Ковалева и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. - № 1. – С. 324-329.
121. Линденбрaten, А.Л. Инновационные процессы в здравоохранении /

- А.Л. Линденбрaten // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 5. - С. 59-61.
122. Линденбрaten, А.Л. Использование критериев и показателей качества медицинской деятельности / А.Л. Линденбрaten // Заместитель главного врача. - 2016. - № 4 (119). - С. 56-60.
123. Линденбрaten, А.Л. К вопросу о критериях и показателях для контроля качества медицинской деятельности / А.Л. Линденбрaten // Заместитель главного врача. - 2016. - № 1 (116). - С. 32-35.
124. Линденбрaten, А.Л. О выявлении заболеваний в ходе проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан / А.Л. Линденбрaten, В.В. Ковалева, Р.Н. Шавхалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. - С. 41-43.
125. Линденбрaten, А.Л. Оценка эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях подушевого финансирования / А.Л. Линденбрaten, П.П. Чуваткин, Н.К. Гришина, Р.Р. Сайтгареев, Е.А. Значкова, Н.Б. Атаева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - Т. 27, № 2. - С. 144-146.
126. Линденбрaten, А.Л. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбрaten, Г.Э. Улумбекова // Общественное здоровье и здравоохранение. Под ред. Стародубова В.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 451-468.
127. Лисицын, Ю.П. Санология – патология – двухполярная медицина / Ю.П. Лисицын // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2009. - № 3. - С. 3-6.
128. Лободин, В.Т. Факторы влияния на здоровье учителей: возможности профилактики / В.Т. Лободин, А.М. Иванов // Человек и образование. - 2019. - № 1 (58). - С. 162-166.
129. Лобыкина, Е.Н. Проблемы избыточной массы тела и ожирения среди работников социальной сферы / Е.Н. Лобыкина, О.И. Салмина-Хвостова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - № 2. - С. 41-43.

130. Лысенко, И.Л. Тенденции заболеваемости и прогноз потерь здоровья населения трудоспособного возраста / И.Л. Лысенко, В.А. Чирков, А.В. Бреусов // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2014. - № 2. - С. 28-30.
131. Май, И.В. Санитарно-эпидемиологический аудит как инструмент повышения эффективности управления в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения / И.В. Май, Э.В. Седусова // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97, № 1. – С. 90-93.
132. Максимова, Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т.М. Максимова // М.: ПЕР СЭ, 2005. - 240 с.
133. Малаев, Х.М. Отношение к здоровью и врачебным рекомендациям мужчин и женщин с дорсопатией / Х.М. Малаев, О.Е. Коновалов // В книге: Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения Материалы к 22-ой Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием. Под редакцией В.А. Кирюшина. - 2018. - С. 70-73.
134. Малярчук, Н.Н. Здоровье учителя: как его сохранить и усилить? / Н.Н. Малярчук // Народное образование. - 2014. - № 6. - С. 219-228.
135. Малярчук, Н.Н. Становление и развитие культуры здоровья педагогов / Н.Н. Малярчук // Сибирский педагогический журнал. - 2009. - № 3. - С. 285-293.
136. Мартиросян, М.М. Социально-экономические условия как важнейший фактор, влияющий на состояние здоровья и уровень смертности населения / М.М. Мартиросян, Э.В. Комличенко, М.В. Петров // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: сб. науч. тр. - СПб.: изд-во «ВВМ», 2009. - С. 83-85.
137. Михайлова, Ю.В. Общественное мнение о здравоохранении: основные факторы повышения удовлетворенности населения медицинской помощью / Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина, И.М. Сон, В.О. Щепин, А.Л. Линденбрaten, А.Ю. Михайлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - Т. 27, № 3. - С. 231-236.

138. Михайлова, Ю.В. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа / Ю.В. Михайлова, М.Г. Шестаков, Ю.В. Соболева и др. // Экономика здравоохранения. - 2008. - № 2 (123). - С. 37-42.
139. Михайлова, Ю.В. Региональные особенности предотвратимой смертности в российских территориях и резервы ее снижения / Ю.В. Михайлова, Т.П. Сабгайда, Ю.В. Соболева и др. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2008. - № 1 (5). - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>
140. Москаленко, В.Ф. Профилактика как стратегическое направление в здравоохранении / В.Ф. Москаленко // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: сб. науч. тр. - СПб.: изд-во «ВВМ», 2009. - С. 209-216.
141. Нечаева, О.Б. Злокачественные новообразования в российской федерации: заболеваемость и смертность / О.Б. Нечаева // Медицинский алфавит. - 2014. - Т. 1-2, № 8. - С. 5-11.
142. Низамов, И.Г. Динамика и тенденции смертности населения трудоспособного возраста в Республике Татарстан / И.Г. Низамов, В.Г. Шерпутовский, А.Н. Хисамутдинов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - № 2. – С. 3-4.
143. Никифорова, Н.В. Оценка здоровья работающего населения, ассоциированных с социально-экономическими факторами (на примере муниципальных образований Пермского края) / Н.В. Никифорова, М.Ю. Цинкер, Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 11. – С. 58-62.
144. Носов, А.Е. Изолированная офисная гипертония (гипертония «белого халата») в клинике медицины труда (аналитический обзор) / А.Е. Носов, Е.М. Власова, А.С. Байдина, В.Б. Алексеев // Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 10. – С. 33-38.
145. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. – 624

с.

146. Осик, В.И. Анализ результатов самообследования здоровья учителей общеобразовательных школ г. Краснодара и края по учебным предметам «Физическая культура» и «Основы безопасности жизнедеятельности» / В.И. Осик, Е.И. Ончукова // Физическая культура, спорт - наука и практика. - 2016. - № 4. - С. 67-73.

147. Осик, В.И. Профессионально-личностный аспект здоровьесберегающей деятельности учителя / В.И. Осик, О.Г. Лызарь // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. - 2016. - Т. 11, № 3. - С. 109-117.

148. Палевская, С.А. Современные подходы к формированию критериев оценки профессиональной деятельности врача / С.А. Палевская, Н.А. Веретенникова, М.К. Блащенко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2019. - № 2. - С. 62-69.

149. Попова, А.Ю. К вопросу об имплементации оценки качества жизни населения: в систему социально-гигиенического мониторинга / А.Ю. Попова, Н.В. Зайцева, И.В. Май // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. – С. 4-12.

150. Попова, А.Ю. Нормативно-правовые и методические аспекты интеграции социально-гигиенического мониторинга и риск-ориентированной модели надзора / А.Ю. Попова, Н.В. Зайцева, И.В. Май, Д.А. Кирьянов // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 1. – С. 4-12.

151. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года: статистический бюллетень. - М.: Федеральная служба государственной статистики, 2010. - 225 с.

152. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 30 января 2020 года № 164 «Об утверждении региональной программы "Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, в Рязанской области"».

153. Прокофьева, А.В. Формирование здоровьесориентированного

городского пространства как способ управления рисками здоровью населения / А.В. Прокофьева, Н.А. Лебедева-Несевря // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. – С. 144-155.

154. Пупышев, В.С. Особенности оказания социальной помощи работникам предприятий / В.С. Пупышев // Социологические исследования. - 2009. - № 7. - С. 40–51.

155. Разумов, А.Н. Охрана здоровья здоровых в условиях трудовой деятельности / А.Н. Разумов // Курортные ведомости. - 2009. - № 5. - С. 4-6.

156. Рахманин, Ю.А., Изучение территориального распределения инфицированности *helicobacterpylori* трудоспособного населения г. Москвы в ходе диспансеризации производственных контингентов / Ю.А. Рахманин, И.Е. Зыкова, Т.П. Федичкина и др. // Гигиена и санитария. - 2013. - № 5. - С. 79-82.

157. Рембовский, В.Р. Медико-гигиенические аспекты оценки здоровья населения / В.Р. Рембовский, Л.А. Могиленкова // Гигиена и санитария. - 2008. - № 2. - С. 46-49.

158. Римашевская, Н.М. Радикальные изменения негативного тренда здоровья в России / Н.М. Римашевская // Народонаселение. - 2010. - № 1. - С. 4-10.

159. Российский статистический ежегодник // Статистический сборник. – М., 2009. - 847 с.

160. Рывкин, А.Ю. Проблемы сохранения здоровья работающего населения в условиях рыночной экономики / А.Ю. Рывкин // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 14: сб. науч. тр. - СПб.: изд-во «ВВМ», 2009. - С. 49-51.

161. Савина, А.А. Современные особенности состояния здоровья Российских ученых и членов их семей в системе РАН / А.А. Савина // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - № 1. - С. 26-29.

162. Сапрыгина, Л.В. Ультразвуковые предикторы цереброваскулярной патологии по данным скрининга популяции трудоспособного возраста / Л.В.

Сапрыгина, Л.А. Белова, В.В. Машин и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 1. - С. 175.

163. Сейтқасым Ж.С. Комплексная оценка состояния здоровья педагогов (на примере г. Шымкент) / Ж.С. Сейтқасым // Наука нового поколения: конвергенция знаний, технологий, общества: сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции. - Смоленск, 2019. - С. 7-10.

164. Селиванова, Е.А. Диагностика и профилактики нарушений профессионального здоровья педагога / Е.А. Селиванова, Л.А. Курышова // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. - 2017. - № 1 (30). - С. 29-35.

165. Сененко, А.Ш. Результаты диспансеризации 2013-2017 гг.: распределение обследованного населения по группам здоровья / А.Ш. Сененко, Е.Д. Савченко, И.М. Сон, и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 1. - С. 67-90.

166. Серегина, И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – С. 3-7.

167. Смагулов, Н.К. Актуальность проблемы профессионального здоровья медицинских работников / Н.К. Смагулов, Г.Р. Хантурина, Н.Г. Кожевникова // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11 – С. 52-56.

168. Соловьева, Е.А. Влияние инновационных технологий на развитие отечественного здравоохранения и улучшение качества здоровья населения в Российской Федерации / Е.А. Соловьева // Экономика и предпринимательство. - 2013. - Т. 7, № 1. - С. 188-190.

169. Сон, И.М. Современные особенности заболеваемости взрослого населения / И.М. Сон, С.А. Леонов, Е.В. Огрызко // Здравоохранение

Российской Федерации. - 2010. - № 1. - С. 3-6.

170. Стапанов, Е.Г. Труд и здоровье учителей общеобразовательных школ в современных условиях / Е.Г. Стапанов, Р.М. Фасиков, Н.А. Диденко и др. // Медицина труда. - 2010. - № 6. - С.24-27.

171. Степанов, Е.Г. Состояние здоровья педагогов в современных условиях / Е.Г. Стапанов // Здравоохранение Российской Федерации. - 2011. - № 5. - С. 7.

172. Степанов, Е.Г. Труд и здоровье учителей общеобразовательных школ в современных условиях / Е.Г. Степанов, Р.М. Фасиков, Н.А. Диденко, В.С. Акимова, И.Б. Ишмухаметов // Медицина труда и промышленная экология. - 2010. - № 6. - С. 24-27.

173. Сычев, М.А. Медико-социальное исследование заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста и пути совершенствования ее профилактики: дис. ... канд. мед.наук / М.А. Сычев. – Рязань, 2008. – 151 с.

174. Трубачева, И.А. Смертность в популяционной когорте мужчин трудоспособного возраста / И.А. Трубачева, О.А. Перминова, Р.С. Карпов // Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 5. - С. 34-37.

175. Туарменский, А.В. Культура здоровья как составная часть профессионально-педагогической культуры будущего педагога / А.В. Туарменский, А.В. Туарменская // Современный педагогический взгляд. - 2018. - № 12 (25). - С. 10-20.

176. Уйба, В.В. Динамика уровня и структуры общей и первичной инвалидности населения трудоспособного возраста ЗАТО – город Озерск / В.В. Уйба, Е.П. Фомин // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. - № 4. - С.34-37.

177. Улумбекова, Г.Э. Взаимосвязь финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения для РФ. Уроки и рекомендации для России / Г.Э. Улумбекова // Экономика здравоохранения. - 2010. - № 3. - С. 30-34.

178. Устинова, О. И. Разработка и использование компьютерной программы

«Дополнительная диспансеризация. Оценка резервов здоровья населения» для сопоставления резервов здоровья сельского и практически здорового городского населения / О.И. Устинова, М.Ю. Засыпкин // Справочник врача общей практики. – 2015. № 8. – С. 78-85.

179. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Оценка соотношения адаптационного потенциала, биологического возраста, физического здоровья практически здоровых мужчин и женщин разных возрастных групп и уровня выживания / О.И. Устинова // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 4. – С. 46-53.

180. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Оценка соотношения показателей гибкости крупных суставов, адаптационного потенциала практически здоровых людей разных возрастных и гендерных групп с возрастным уровнем выживания / О.И. Устинова // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 5-6. – С. 61-70.

181. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Оценка соотношения показателей липидного профиля, билирубина, глюкозы крови, кислотности мочи, индекса массы тела и адаптационного потенциала практически здоровых людей разных возрастных и гендерных групп с возрастным уровнем выживания / О.И. Устинова // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 4. – С. 54-62.

182. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Оценка соотношения показателей частоты сердечных сокращений, артериального давления, коэффициента Руфье, минутного объема крови сердца, типа саморегуляции кровообращения, физической выносливости, адаптационного потенциала практически здоровых людей разных возрастных и гендерных групп с возрастным уровнем выживания / О.И. Устинова // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 5-6. – С. 51-60.

183. Устинова, О.И. Здоровье здоровых. Разработка типовых моделей здоровья населения / О.И. Устинова, М.Ю. Засыпкин // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 8. – С. 68-77.

184. Устинова, О.И. Здоровье здоровых: Разработка типовых моделей здоровья и компьютерной программы «Дополнительная диспансеризация. Оценка резервов здоровья населения» на предмет выявления у населения потенциальных отклонений здоровья: монография / О.И. Устинова. – М.: АНО Изд. Дом «Научное обозрение», 2016. – 122 с.
185. Фомин Е. П. Научное обоснование системы мер по оптимизации медицинской помощи населению трудоспособного возраста (на модели закрытого административно-территориального образования г. Озерска). Дисс. ... д.мед.н. – М., 2015.
186. Фомин, Е.П. Социально-гигиенические и медико-демографические аспекты здоровья работающего населения / Е.П. Фомин // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. - № 10. – С. 22-25.
187. Фомин, Е.П. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости работающего населения (по материалам города Озерска) / Е.П. Фомин // Казанский медицинский журнал. - 2014. - № 4. – С. 34-38
188. Хабриев, Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко // Москва, 2017.
189. Хабриев, Р.У. Новый критерий оценки общественного здоровья / Р.У. Хабриев, Н.С. Киргизова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2017.- № 1. - С. 303-307.
190. Честикова, Е.В. Основные результаты и перспективы диспансеризации населения в свете национального проекта «Здоровье» (на примере крупной городской поликлиники Санкт-Петербурга): дис. ... канд мед. наук / Е.В. Честикова. – СПб., 2008. – 140 с.
191. Чеченин, Г.И. Потери жизненного и трудового потенциалов по причине болезней системы кровообращения взрослого населения / Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина, Д.И. Сахарова и др. // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 1. - С. 35-40.
192. Шамурова, Ю.Ю. Полипатии у мужчин: масштаб проблемы / Ю.Ю.

- Шамурова, О.Ф. Калев, Ю.А. Тюков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008. - № 3. - С. 25-27.
193. Шафранов-Куцев, Г.Ф. Физическая активность и стратегии здоровьесбережения учителей тюменской области / Г.Ф. Шафранов-Куцев, Л.М. Волосникова, Г.З. Ефимова // Теория и практика физической культуры. - 2017. - № 5. - С. 94-96.
194. Шепарев, А.А. Оценка состояния здоровья учителей общеобразовательных школ в г. Владивостоке / А.А. Шепарев, Е.А. Ильина // В сборнике: Актуальные проблемы гигиены, эпидемиологии и санитарно-эпидемиологического надзора в приморском крае Материалы региональной научно-практической конференции, посвящённой 55-летию гигиенического образования в Приморском крае. - 2014. - С. 184-186.
195. Шестаков, М.Г. Алкоголизм как медико-социальная проблема / М.Г. Шестаков, В.И. Назаров, Н.С. Матинян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - № 4. - С. 9-13.
196. Шляпников, Д.М. Методические подходы к комплексному анализу экспозиции и стажа в оценке профессионального риска / Д.М. Шляпников, П.З. Шур, В.Б. Алексеев и др. // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95, № 1. – С. 33-36. DOI: 10.18821/0016-9900-2016-95-1-33-36.
197. Шутова, И.А. Некоторые пути совершенствования диспансеризации населения / И.А. Шутова, Е.В. Ползик, В.С. Казанцев и др. // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2008. - № 3. - С. 73-78.
198. Щепин, О.П. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Р.В. Коротких и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - № 2. - С. 3-7.
199. Щепин, О.П. Профилактика XXI века: анализ концептуальных подходов / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, Ю.Г. Трегубов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - № 4. - С. 3-7.

200. Щукин, А.И. Показатели здоровья и проблемы оказания медицинской помощи трудоспособному населению в современных условиях (обзор литературы) / А.И. Щукин, В.Е. Луговой, В.В. Уйба, и др. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. - № 4. - С.38-41.
201. Якаб, Ж. Политика «Здоровье – 2020» в поддержку здоровья и развития в современной Европе / Ж. Якаб, Ц. Агис // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. - № 4 (38). - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/578/30/lang,ru/>
202. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы// Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 4 (38).
203. Яковлева, Т.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т.В. Яковлева, С.В. Вылегжанин, С.А. Бойцов, А.М. Калинина, П.В. Ипатов // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. - № 4 (38). - С. 2.
204. Яковлева, Т.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы / Т.В. Яковлева, С.В. Вылегжанин, С.А. Бойцов и др. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. - №4 (38). - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/578/30/lang,ru/>
205. Aasa, U. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel / U. Aasa, C. Brulin, K.A. Angquist // Scand. J. CaringSci. - 2005. - Vol. 19. - P. 251-258.
206. Abbas, D. Characteristics of patients suffering from multiple sclerosis according to professional situation / D. Abbas, J.F. Gehanno, J.F. Caillard, F. Beuret-Blanquart // Ann Readapt Med Phys. - 2008. - № 51 (5). - P.386-393.
207. Adshead, G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors / G. Adshead // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. - Vol. 11. - P. 330-337.

208. Ahluwalia, I.B. State and metropolitan variation in lack of health insurance among working-age adults, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006 / I.B. Ahluwalia, J. Bolen, W.S. Pearson et al. // Public Health Rep. - 2009. - № 124(1). - P.34-41.
209. Antón, A. Visualizing knowledge and attitude factors related to influenza vaccination of physicians / A. Antón, S. García, N. Soldevila et al. // Vaccine. - 2014. - Dec 18.
210. Aust, B. The Danish national return-to-work program - aims, content, and design of the process and effect evaluation / B. Aust, T. Helverskov, M.B. Nielsen et al. // Scand J Work Environ Health. - 2012. - Jan 13.
211. Bambra, C. Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment / C. Bambra, M. Gibson, A.J. Sowden et al. // Prev. Med. - 2009. - № 48 (5). - P.454-461.
212. Bambra, C. Worklessness and regional differences in the social gradient in general health: Evidence from the 2001 English census / C. Bambra, F. Popham // Health Place. - 2010. - № 16 (5). - P.1014-1021.
213. Bennett, P. Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel / P. Bennett, Y. Williams, N. Page et al. // Br. J. Clin Psychol. - 2005. - Vol. 44. - P. 215-226.
214. Bermingham, S.L. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009 / S.L. Bermingham, A. Cohen, J. Hague, M. Parsonage // Ment Health Fam Med. - 2010. - № 7 (2). - P.71-84.
215. Bertollini, R. Review of the commitments of WHO European Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy / R. Bertollini, C. Brassart, C. Galanaki // Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. - 2012.
216. Bhattacharya, J. Chronic disease and severe disability among working-age populations / J. Bhattacharya, K. Choudhry, D. Lakdawalla // Med Care. - 2008. - № 46 (1). - P.92-100.

217. Boal, W.L. Blood-borne pathogens among firefighters and emergency medical technicians / W.L. Boal, T. Hales, C.S. Ross // *Prehosp Emerg Care.* - 2005. - Vol. 9. - P. 236-247.
218. Brown, J. Status and Health: Understanding the Health of the Economically Inactive Population in Scotland / J. Brown, E. Demou, M.A. Tristram et al. // *BMC Public Health.* - 2012. - № 12 (1). - P. 327.
219. Buchbinder, M. Teachable moments and missed opportunities for smoking cessation counseling in a Hospital Emergency Department: a mixed-methods study of patient-provider communication / M. Buchbinder, R. Wilbur, D. Zuskov et al. // *BMC Health Serv Res.* – 2014. - № 14 (1). – P. 651.
220. Burman, R. Chest pain out-of-hours an interview study of primary care physicians; diagnostic approach, tolerance of risk and attitudes to hospital admission / R. Burman, E. Zakariassen, S. Hunnskaar et al. // *BMC FamPract.* – 2014. -№ 15 (1). – P. 207.
221. Caruso, C. Strategies for nurses to prevent sleep-related injuries and error / C. Caruso // *Rehab. Nurs.* 2010. - Vol. 35, № 5. - P. 192-197.
222. Cherniack, M. Barriers to implementation of workplace health interventions: an economic perspective / M. Cherniack, S. Lahiri // *J Occup Environ Med.* - 2010. - № 52 (9). - P. 934-942.
223. Chinapaw, M.J. Relationship between young peoples' sedentary behaviour and biomedical health indicators: a systematic review of prospective studies / M.J. Chinapaw, K.I. Proper, J. Brug et al. // *Obes Rev.* – 2011. - № 12. – P. 621-632.
224. Christensen, U. Contextual factors and social consequences of incident disease / Christensen U. // *Eur. J. Public Health.* – 2008. – 18. – P. 454-459.
225. Clark, C. Our NHS is a world leader, but it could do more on prevention / C. Clark // *Nurs Stand.*-2014. - № 28 (44). - P.36.
226. Collin, J. Resistance and mutations of non-specificity in the field of anxiety-depressive disorders in Canadian medical journals, 1950-1990 / J. Collin, M. Otero // *SocSci Med.* – 2014. - Dec 3.
227. Cote, M.P. Reference values for physical performance measures in the aging

- working population / M.P. Cote, A. Kenny, J. Dussetschleger et al. // Hum Factors. - 2014. - № 56 (1). - P. 228-242.
228. Dawes, A.J. Are primary care providers prepared to care for survivors of breast cancer in the safety net? / A.J. Dawes, M. Hemmelgarn, D.K. Nguyen et al. // Cancer. -2014. - Dec 23.
229. Dušek, L. Approach to populationbased screening in the czech republic, methodology and first results of the personalised invitation of citizens to cancer screening programmes / L. Dušek, O. Májek, M. Bláha et al. // KlinOnkol. – 2014. - № 27 (Suppl 20). –P. 59-68.
230. Esmaily, H.M. How do physicians and trainers experience outcome-based education in «Rational prescribing»? / H.M. Esmaily, R. Vahidi, N.M. Fathi, R. Wahlström // BMC Res Notes. - 2014 Dec 23. - 7 (1).- P. 944.
231. Fitzmaurice, C. Primary prevention among working age USA adults with and without disabilities / C. Fitzmaurice, N. Kanarek, S. Fitzgerald // DisabilRehabil. 2011. - № 33 (4). - P. 343-351.
232. Fraeyman, J. Medicine price awareness in chronic patients in Belgium / J. Fraeyman, L. Symons, H. De Loof et al. // Health Policy. – 2014. - Dec 8.
233. Fukuda, Y. Association of income with symptoms, morbidities and healthcare usage among Japanese adults / Y. Fukuda, A. Hiyoshi // Environ Health Prev Med. - 2011. - Dec 18.
234. Gazelle, G. Physician Burnout: Coaching a Way Out / G. Gazelle, J.M. Liebschutz, H. Riess // J Gen Intern Med. – 2014. - Dec 20.
235. Goebring, C. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey / C. Goebring, M.B. Gallacbi, B. Kinzi, P. Bovier // Swiss Med. WKLY. 2005. - Vol. 135. - P. 101-108.
236. Health 2020 targets, indicators and monitoring framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2013. - (EUR/RC63/8).
237. Hormigo-Pozo, A. Consensus document on the treatment of dyslipidemia in diabetes / A. Hormigo-Pozo, J. Mancera-Romero, M.P. Perez-Unanua et al. //

Semergen. – 2014. - Dec 18.

238. James, A. Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? / A. James, Smith, S. Robertson // Health Promot. Int. – 2008. – Vol. 23. – P. 283 – 289.

239. Karagozoglu, S. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses / S. Karagozoglu, N. Bingol // Nurs. Outlook. - 2008. - Vol. 56, № 6. - P. 298-307.

240. Kickbusch, I. Governance for health in the 21st century / Kickbusch I., Gleicher D. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. - 2012.

241. King, M.B. Emotional distress in doctors: Sources, effects and help sought / M.B. King, A. Cockroft, C. Goochd // J. Roy. Soc. med.- 2007. - Vol. 85, № 10. - P. 605-608.

242. Kivimaki, M. Early risk factors, job strain, and atherosclerosis among men in their 30s: the cardiovascular risk in young Finns study / M. Kivimaki // American Journal of Public Health. – 2007. –Vol. 97, № 3. – P. 450-452.

243. Klotz, L. World Urologic Oncology Federation Bladder Cancer Prevention Program: A global initiative / L. Klotz, M.A. Brausi // UrolOncol. – 2015.- № 33(1). - 25-29.

244. Lakkis, N.A. Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians / N.A. Lakkis, D.M. Mahmassani // Postgrad Med. – 2014. - № Dec 16. – P. 1-8.

245. Langford, A. Trends in social inequalities in male mortality, 2001-08. Intercensal estimates for England and Wales / A. Langford, B. Johnson // Health Stat Q. - 2010. - № 47. - P. 5-32.

246. LaPlante, M.P. Key goals and indicators for successful aging of adults with early-onset disability / M.P. LaPlante // Disabil Health J. - 2014. - № 7 (1 Suppl).- P.44-50.

247. Maguire, B.J. Occupational injuries among emergency medical services personnel / B.J. Maguire // PrehospEmerg Care. - 2005. - Vol. 9. - P. 405-411.

248. Marmot, M. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report / M. Marmot // Copenhagen: WHO

Regional Office for Europe; 2013.

249. McQueen, D.V. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences / D.V. McQueen, M. Wismar, V. Lin // Copenhagen: WHO Regional Office for Europe – 2012. - (Observatory Studies Series, No. 26).

250. Okada, N. Occupational stress among Japanese emergency medical technicians: Hyogo Prefecture / N. Okada, N. Ishii, M. Nakata, S. Nakayama // Prehospital Disaster Med. -2005. - Vol. 20. - P. 115-121.

251. Pimenta, H.B. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care / H.B. Pimenta, A.P. Caldeira, S. Mamede // J ContinEduc Health Prof. – 2014. № 34 (4). – P. 243-251.

252. Portela, L. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses / L. Portela, L. Rotenberg, W. Waissmann // Rev. SaudePublica. - 2005. - Vol. 39, № 5. - P. 802-808.

253. Pridemore, W.A. Reply to Norström: The social epidemiology of alcohol and suicide--the struggle to formulate, debate and test social theory in the context of epidemiology and public health journals / W.A. Pridemore // Addiction. - 2014. - № 109 (2). - P. 191-192.

254. Pridemore, W.A. The Mortality Penalty of Incarceration: Evidence from a Population-based Case-control Study of Working-age Males / W.A. Pridemore // J Health SocBehav. - 2014. - № 55 (2). - P. 215-233.

255. Rese A. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps / A. Rese // British Medical Journal. - 2005. - № 331. - P. 204-207.

256. Roesler, J. Benefit assessment of preventive medical check-ups in patients suffering from chronic granulomatous disease (CGD) / J. Roesler, A. Koch, G. Pörksen et al. // GynakolGeburtshilflicheRundsch. – 2009. - № 49 (4). - P. 277-286.

257. SaratlijaNovaković, Ž. Only a minority of patients in the urological emergency unit need urgent urology care / Ž. SaratlijaNovaković, D. Librenjak // Acta Med Acad. – 2014. - № 43 (2). - P. 155-159.

258. Schmid, K. Is there a need for special preventive medical check-ups in employees exposed to experimental animal dust? / K. Schmid, B. Jüngert, M. Hager, H. Drexler // *J EvalClinPract.* – 2005. - 11(6).- P. 513-521.
259. Snowden, A.J. Off-premise alcohol outlet characteristics and violence / A.J. Snowden, W.A. Pridemore // *Am J Drug Alcohol Abuse.* - 2014. - № 40(4). - P. 327-335.
260. Soler, J.K. Burnout in European family doctors: the EGPRN study / J.K. Soler, H. Yaman, M. Esteva et al. // *Family Practice.* - 2008. - Vol. 25. - P. 245-265.
261. Stuckler, D. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data / D. Stuckler, S. Basu, M. Suhrcke et al. // *The Lancet.* – 2011. - № 9. P. 124-125.
262. TorneroEstébanez, C. Carcinoembryonic antigen as a cancer screening marker by primary care physicians / C. TorneroEstébanez, M. AguadoFurió, F. Gómez-Pajares, J. DíazFernández // *Rev Clin Esp.* – 2014. - Dec 18.
263. Van Erp, W.S. The vegetative state: prevalence, misdiagnosis, and treatment limitations / W.S. Van Erp, J.C. Lavrijsen, P.E. Vos et al. // *J Am Med Dir Assoc.* – 2015. - № 16 (1). – P. 85.
264. 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.*
265. Westerling, R., Westin M., McKee M. et al. The timing of introduction of pharmaceutical innovations in seven European countries / R. Westerling, M. Westin, M. McKee et al. // *J Eval ClinPract.* – 2014.

КАРТА-АНКЕТА
по изучению здоровья работников, занятых в социальной сфере

Настоящее исследование проводится с целью разработки мероприятий медико-социального характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников социальной сферы. Убедительно просим откровенно ответить на поставленные вопросы, для чего подчеркните или впишите правильные ответы.

1. Ваш возраст _____ лет.

2. Пол:

Мужской01

Женский02

3. Уровень Вашего образования:

Среднееобщее01

Среднее специальное02

Неоконченное высшее03

Высшее04

4. Укажите, в какой сфере деятельности Вы трудитесь?

Здравоохранение	01
Образование	02
Предоставление социальных услуг	03
Организация отдыха, развлечений, культуры, спорта	04
Работник НИИ	05
Прочее (впишите) _____	06

5. Кем Вы работаете в настоящее время? (впишите) _____

6. Укажите уровень дохода на одного члена Вашей семьи: _____ руб.

7. Имеете ли Вы контакт с профессиональными вредностями на работе?

Да	01
Нет	02
Физические	03
Химические	04
Биологические	05
Другое (впишите) _____	06

8. Устаете ли Вы на работе?

Да, устаю всегда;	01
Да, устаю часто;	02
Да, устаю редко;	03
Нет, не устаю.	04

9. На работе Вы чаще испытываете:

Физическое переутомление;	01
Эмоциональное переутомление;	02
Физическое и эмоциональное переутомление;	03
Физически и эмоционально не утомляюсь.	04

10. Удовлетворены ли работой?

Да;	01
Скорее да, чем нет;	02
Скорее нет, чем да;	03
Нет.	04

11. Хотите ли сменить работу?

Да;	01
Скорее да, чем нет;	02
Скорее нет, чем да;	03
Нет.	04

12. Если да, то по какой причине?

Низкая зарплата;	01
Состояние вашего здоровья;	02
Конфликты на работе;	03
Хотите продолжить образование.	04

13. Какие из проблем являются для Вас наиболее важными?

Материальное положение;	01
Жилищные условия;	02
Состояние собственного здоровья;	03
Состояние здоровья членов семьи;	04
Взаимоотношения в семье;	05
Трудности на работе;	06
Злоупотребление алкоголем;	07
Другое (впишите)_____	08

14. Семейное положение:

Состоите в браке;	01
Разведены;	02
Вдовы;	03
Никогда не состояли в браке.	04

15. Есть ли у Вас дети?

Нет;	01
Один ребенок;	02
Двое детей;	03
Трое и более детей.	04

16. Если у Вас нет детей, то укажите причину:

Вследствие плохих материальных условий;	01
Вследствие неудовлетворительных жилищных условий;	02
Не может быть ребенка по причине здоровья жены;	03
Не может быть ребенка из-за вашего состояния здоровья;	04
Вы не хотите иметь детей;	05
Другое (впишите)_____	06

17. Где проживает Ваша семья?

В своей квартире;	01
На съемной квартире;	02
В общежитии;	03

В коммунальной квартире;	04
Не может быть ребенка по причине здоровья жены;	05
В собственном доме;	06
Совместно с родственниками в доме или квартире.	07

18. Как Вы проводите свободное от работы время?

Занимаюсь домашними делами;	01
Провожу время в семье;	02
Занимаюсь с детьми;	03
Смотрю телевизор;	04
Читаю газеты, журналы;	05
Читаю художественную литературу;	06
Подрабатываю;	07
Встречаюсь с друзьями;	08
Другое (впишите)_____	09

19. Где Вы проводите свой отпуск?

В городе;	01
За городом;	02
На курорте;	03
Другое (впишите)_____	04

20. Принимаете ли Вы спиртные напитки?

Регулярно;	01
Эпизодически;	02
Не принимаю.	03

21. Что служит поводом к употреблению алкоголя?

Семейное торжество, праздник;	01
Приход гостей;	02
Конфликт на работе;	03
Нечем занять свободное время;	04
Скука, одиночество;	05
За компанию;	06
Желание забыться;	07
Без повода;	08
Другое (впишите)_____	09

22. Курите ли Вы?

Нет;	01
Да, по 1-2 сигареты в день;	02
Выкуриваю до 5 сигарет в день;	03
Выкуривают до 10 сигарет в день;	04
Выкуриваю пачку и более сигарет.	05

23. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?

Хорошее;	01
Скорее хорошее, чем плохое;	02
Скорее плохое, чем хорошее;	03
Плохое.	04

24. Проходите ли Вы регулярно медицинские осмотры?

Да; 01
Нет. 02

25. Когда Вы в последний раз проходили профилактический медицинский осмотр?

26. Есть ли у Вас хронические заболевания?

Да; 01
Нет. 02

27. Если да, то укажите какие:

28. Вы наблюдаетесь у врача по поводу хронического заболевания:

Регулярно; 01
Не регулярно; 02
Не наблюдаюсь. 03

29. Сколько раз за последние 3 года Вы обращались к врачу по поводу заболевания?
_____ раз.

30. Перечислите, к каким врачам-специалистам Вы обращались за этот период?

31. Есть ли у Вас группа инвалидности?

Да; 01
Нет. 02

32. Если да, то укажите какая: _____

33. В случае заболевания, когда Вы обращаетесь к врачу?

Сразу, при появлении первых признаков заболевания; 01
При значительном ухудшении самочувствия. 02

34. Соблюдаете ли Вы рекомендации врача при лечении заболевания?

Полностью; 01
Частично; 02
Не соблюдаю. 03

35. Занимаетесь ли Вы самолечением?

Да; 01
Нет. 02

36. Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний?

Занятие физкультурой 01
(спортом); Активный отдых на природе; 02
Отказ от вредных привычек; 03
Отдых в санатории; 04
Здоровое питание; 05
Прогулки на свежем воздухе; 06
Другое (впишите) _____ 07

37. Обращаетесь ли Вы к врачу за профилактической помощью?

Да;	01
Нет.	02

38. Как часто Вы получаете рекомендации профилактического характера на приеме у врача?

На каждом приеме;	01
Почти всегда;	02
Иногда;	03
Никогда.	04

39. Как Вы относитесь к получаемым профилактическим рекомендациям?

Всегда им следую;	01
Положительно;	02
Безразлично;	03
Негативно.	04

40. Какие виды профилактической работы проводились с Вами врачом?

Беседы;	01
Вручение памяток и буклетов;	02
Работа в группе больных (гастро-школа, астма-школа и т.п.);	03
Дача рекомендаций по приему лекарств и витаминов с профилактической целью;	04
Индивидуальная работа на дому;	05
Другое (впишите)_____	06

41. В каком возрасте наиболее эффективно проведение профилактических мероприятий?

До 30 лет;	01
30 - 39 лет;	02
40 - 49 лет;	03
50-59 лет;	04
60 лет и старше.	05

42. Считаете ли Вы уровень своих знаний по профилактике заболеваний достаточным?

Да;	01
Нет;	02
Затрудняюсь ответить.	03

43. Укажите желаемые источники получения знаний о профилактике заболеваний?

Беседа с врачом;	01
Средства массовой информации;	02
санбюллетени;	03
Научно-популярная литература;	04
Лекции для населения.	05

44. Что мешает Вам выполнять рекомендации врача по профилактике заболеваний?

Занятость на работе;	01
Занятость в быту;	02
Наличие вредных привычек;	03
Недостаток денежных средств;	04
Другое (впишите)_____	05

45. В каких знаниях по профилактике заболеваний Вы нуждаетесь?

46. Как Вы считаете, от чего зависит состояние Вашего здоровья?

Наследственных факторов;	01
Факторов окружающей среды;	02
Образа жизни;	03
Уровня медицинского обслуживания;	04
Другое (впишите)_____	05

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!