Оглавление

Введение

Глава 1. Охрана здоровья женщин и детей

Глава 2. Здоровье женщины

2.1 Организация акушерско-гинекологической помощи

2.2 Организация гинекологической помощи

2.3 Социальная защита женщин в период беременности и после родов

Глава 3. Здоровье детей

3.1 Здоровье детей дошкольного возраста

3.2 Здоровье школьников

Заключение

Литература

Введение

Медицинские проблемы клиентов очень разнообразные, условно их можно разделить на медицинские, психологические, социально – гигиенические.

Наиболее часто встречаются следующие медико – социальные проблемы: ухудшение здоровья в следствии заболеваний, травм, несчастных случаев, здоровье женщин и детей, что влечет за собой социальные проблемы.

Охрана матери и ребенка - комплексная социально – гигиеническая проблема. Сложность ее решения определяется прежде всего анатомно – физиологическими особенностями женского и детского организма.

Для этой группы населения характерны особые закономерности заболеваемости и смертности. Все это требует создание специальных медицинских учреждений для матери и ребенка со специфическими формами и методами работы.

Здоровье матери и ребенка наглядно показывает, что социально – экономические условия жизни населения (материальная обеспеченность, жилище, труд, отдых, образование, питание и т.д.) и другие факторы прямо или косвенно влияют на здоровье и численность будущего поколения.

Глава 1. Охрана здоровья женщин и детей

Женщины – социально – демографическая группа населения.

Охрана женщин и детей — система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Медико социальное значение системы охраны материнства и детства заключается в сохранении здоровья женщины, снижении материнской и детской смертности.[[1]](#footnote-1)

В системе охраны материнства и детства различают следующие этапы оказания медико-социальной помощи:

* оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству. На этом этапе большую роль играют женские консультации, центры планирования семьи, медико-генетические консультации;
* лечебно-профилактическая помощь беременным в целях сохранения здоровья плода и беременной женщины. На этом этапе важна роль женских консультаций, отделений патологии беременности акушерских стационаров, санаториев для беременных;
* лечебно-профилактическая помощь при родах в целях охраны здоровья плода и женщины. Весь объем этой помощи оказывается в акушерских отделениях родильных домов;
* охрана здоровья новорожденного (контроль за правильным вскармливанием, наблюдение за физиологическим развитием, уход за новорожденным, оказание лечебной помощи в отделениях новорожденных родильных домов и патологии новорожденных детских больниц);
* охрана здоровья ребенка в дошкольный период (контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребенка);

• охрана здоровья ребенка в период школьного возраста (контроль за физическим развитием, коррекция отклонений в состоянии здоровья детей).

А также медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства подразделяется на несколько периодов:

• антенатальный, т. е. дородовой, когда с целью сохранения преемственности и в целях профилактики применяют помимо школы молодой матери дородовой патронаж в 28, 32 и 36 недель беременности. Патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра женской консультации (акушерка). При патронаже будущая мать должна получить необходимые сведения по уходу за ребенком. Сразу после выписки из родильного дома акушерка женской консультации также должна выполнить послеродовый патронаж;

* динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой на 1—2-е сутки после выписки ребенка из родильного дома; главное при этом — выявить факторы риска у ребенка;
* ежемесячное динамическое наблюдение за ребенком на протяжении первого года жизни. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка к концу первого года жизни позволяет участковому педиатру сделать заключение о состоянии здоровья ребенка;
* динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет.

Особенно важно проведение осмотра детей в возрасте 3 и 5 лет и перед поступлением в школу.

Особенно важно оценить состояние здоровья ребенка именно перед поступлением в школу. По результатам комплексной оценки здоровья дети разделяются на пять групп. К 1-й группе относят здоровых детей; ко 2-й группе — здоровых, но с наличием риска возникновения патологии; к 3, 4 и 5-й группам — больных детей.

Дети 1-й группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Для детей этой группы проводят профилактические и обще оздоровительные мероприятия. Дети 2-й группы здоровья нуждаются в особом внимании педиатра, который устанавливает за ними диспансерное наблюдение, поскольку профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия дают наибольший эффект по предупреждению хронических заболеваний. Дети 3, 4 и 5-й групп находятся под диспансерным наблюдением педиатра и других специалистов, получая необходимое лечение.

Глава 2. Здоровье женщин

Охрана здоровья женщины предусматривает акушерско гинекологическую помощь.[[2]](#footnote-2)

2.1 Организация акушерско-гинекологической помощи

Основным учреждением, обслуживающим женщин во время беременности, родов и послеродового периода, являются родильные дома. В состав родильного дома входят женская консультация, акушерское и гинекологическое отделение.

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет средств целевых фондов.

Основными учреждениями амбулаторной помощи женщинам являются женские. В сельской местности этот вид помощи оказывается ФАПами, гинекологическими кабинетами или женскими консультациями районных, центральных районных и областных больниц. Основными задачами женских консультаций являются: профилактика осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний, формирование у женщин здорового образа жизни; оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории; профилактика абортов; диагностика и лечение патологии беременности, заболеваний рожениц и гинекологических болезней; проведение санитарно-просветительной работы.

Женская консультация работает с использованием диспансерного метода по участковому принципу. Кроме лечебно-профилактической помощи в консультации осуществляются также медико-социальный патронаж и лечебная помощь на дому. Назначенные на приеме лечебные процедуры, диагностические исследования могут быть проведены в самой консультации или территориальной поликлинике. При необходимости средний медицинский персонал выполняет назначения на дому.

Наиболее важной в работе женской консультации является профилактика осложнений беременности и перинатальной патологии, заключающаяся в диспансерном наблюдении за беременной. Эффективность проводимых мероприятий связана со сроками взятия беременной под диспансерное наблюдение: чем раньше взята под наблюдение беременная, тем эффективнее диспансеризация. Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет женщине в полном объеме провести обязательные исследования. Установлена прямая зависимость между регулярностью посещений беременной консультации и уровнем перинатальной смертности. Постановка на диспансерный учет до 3 мес. беременности (12 недель) наиболее раннее обращение в консультацию. Это позволяет точнее установить сроки беременности, что очень важно для правильного предоставления декретного отпуска.

Главным принципом диспансеризации беременных является их дифференцированное обслуживание, включающее медицинское наблюдение за состоянием здоровья, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи матери и плоду. За время нормально протекающей беременности женщина должна посетить консультацию 14—15 раз (при патологии частота осмотров возрастает), пройти лабораторное обследование; она должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом (по показаниям и другими специалистами). Необходимо выявить факторы риска перинатальной патологии у плода, т. е. неблагоприятные факторы со стороны матери, или заболеваний самого плода, или аномалий его развития. В случае выявления этих факторов беременная направляется на обследование и консультации специалистов для решения вопроса о возможности сохранения беременности. При положительном решении вопроса о сохранении беременности необходимо наблюдать не только за здоровьем женщины, но и за состоянием плода. В подобных случаях возможна дородовая госпитализация беременных в терапевтические стационары (срок беременности до 20 недель) или в отделение патологии беременности родильного дома. Своевременная госпитализация беременных позволяет значительно уменьшить риск перинатальной смертности.

Все данные медицинского осмотра, лабораторных исследований и врачебных заключений заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» для гинекологических больных, в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и в «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы», которая передается в стационар родильного дома.

В консультации беременным выдается листки нетрудоспособны в связи с беременностью и родами, абортами, «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу».

Женщине рекомендуется посетить женскую консультацию после выписки из родильного дома на 10—12-й день, о чем женщину следует предупредить до родов и при выписке из родильного дома. Если женщина не явилась в срок в консультацию, то она подлежит патронажу акушеркой.

2.2. Организация гинекологической помощи

Женская консультация оказывает помощь женщинам не только в период беременности. Они ведут также диспансерное наблюдение за женщинами в послеродовой период, оказывают лечебно – профилактическую помощь женщинам, страдающим различными гинекологическими заболеваниями.

Гинекологические заболевания выявляются при обращении женщин в консультацию, проведении профилактических осмотров, осмотров женщин на дому, осмотров женщин другими специалистами. Основная группа гинекологических больных лечится в амбулаторных условиях, значительная их часть нуждается в диспансерном наблюдении. В случае необходимости женщина направляется в стационар.

Важное значение для выявления гинекологических заболеваний имеют профилактические осмотры, особенно для женщин, проживающих в сельской местности. В результате осмотра может быть сделано одно из следующих заключений: здорова (отсутствуют жалобы и гинекологические заболевания); практически здорова (в анамнезе имеются гинекологические заболевания, нарушения менструальной функции или аборты, жалоб нет, могут быть выявлены анатомические изменения без нарушения репродуктивной функции женщины и без нарушения трудоспособности); больна (гинекологические заболевания в анамнезе, жалобы могут быть или отсутствовать, при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание).

2.3 Социальная защита женщин в период беременности и после родов

Кроме бесплатного предоставления необходимой помощи женщины в период беременности и после родов социально защищены. Запрещается применение труда всех женщин на тяжелых работах, перенос и передвижение женщинами тяжестей; не допускается привлечение к работам в ночное время, к работам в выходные дни и направление в командировку беременных и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Беременным женщинам снижаются нормы выработки. Существуют и другие льготы в системе социального страхования и социального обеспечения. Эти льготы разнообразны и специфичны для отдельных производств. Важно, что применение этих льгот не должно сопровождаться снижением оплаты труда.

Декретный отпуск предоставляется беременным при сроке беременности 30 недель. Законом установлена продолжительность отпуска 70 календарных дней до родов (в случае много-плодной беременности — 84 дня) и 70 дней после родов, причем листок нетрудоспособности беременная получает сразу на все 140 дней. В случае осложненных родов послеродовой отпуск увеличивается на 16 дней, при рождении двух и более детей послеродовый отпуск увеличивается на 40 дней.

Если женщина обратится в женскую консультацию в ранние сроки беременности (до 12 недель) и будет взята своевременно на диспансерный учет, она может получить единовременное пособие в размере минимальной зарплаты (дополнительно к пособию по беременности и родам). При прохождении обязательного диспансерного обследования беременной сохраняется средний заработок.

Предприятие с вредными условиями труда может создавать отдельные цехи и участки для предоставления женщинам более легкой и безвредной работы. Ответственность за здоровье беременных и матерей несут органы государственного здравоохранения (для них профилактические и лечебные мероприятия бесплатны). Однако средства на проведение обязательных и периодических осмотров работников в случаях и порядке, предусмотренных законом, должны выделять работодатели.

Кормящие матери пользуются защитой закона

В заключении (тюрьме, лагере) беременные, рожающие и родившие женщины имеют право на специализированную помощь специалиста-акушера, в том числе и в родильных домах. В лагерях предусматриваются ясли с квалифицированным персоналом, поскольку существуют лагеря, где дети содержатся вместе с матерями.

Глава 3. Здоровье детей

Основным принципом лечебно – профилактической помощи детям является непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней его жизни и до окончании школы, преемственность в работе врачей оказывающих лечебно – профилактическую помощь детям, этапность в лечении – поликлиника, стационар, санаторий.[[3]](#footnote-3)

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно – профилактическую помощь детям относятся: детские и областные больницы, специализированные детские больницы, инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедо – хирургические, восстановительного лечения, диспансеры, детские и городские поликлиники, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Основой в системе охраны здоровья детей является амбулаторно поликлиническая служба. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь детям до 18 лет. Предусмотрено оказание помощи не только в поликлинике и на дому, но и в дошкольных учреждениях и школах. Главное направление в деятельности поликлиники — обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка путем проведения профилактики заболеваний, оказания лечебной помощи детям, проведения лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Принцип работы детской поликлиники — участковый, метод работы — диспансерный.

Основной фигурой в детской поликлинике является участковый педиатр. На участке по нормативам должно быть 750 – 800 детей до 18 лет, в том числе 40 – 60 детей первого года жизни. Нагрузка участкового составляет 5 человек на 1 час приема в поликлинике, 7 при профилактических осмотрах и 2 при обслуживании на дому.

Противоэпидемическая работа на педиатрическом участке должна включать в себя следующие разделы:

1. учет детей, подлежащих прививкам; планирование прививочной работы на участке;
2. осуществление активной иммунизации детского населения путем профилактических прививок согласно утвержденным срокам;
3. подготовка к прививкам детей ослабленных, часто болеющих, имеющих в анамнезе случаи аллергических реакций на введения вакцин;

4) подготовка материалов к обсуждению на комиссиях по установлению в конкретных случаях медицинских противопоказаний

к проведению профилактических прививок; выполнение рекомендаций, сделанных этой комиссией;

5) контроль за привитыми детьми, учет необычных реакций на прививки, профилактика и лечение поствакцинальных осложнений;

6) анализ прививочной профилактики на участке.

Принципы профилактической работы детских поликлиник наиболее ярко выражаются в диспансеризации здоровых и больных детей, которая является основным содержанием их деятельности.

Особенности оказания детям стационарной помощи.

Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику при наличии направления и подробной выписки из истории развития ребенка о наличии заболевания, лечение и результаты анализов, проведенных в поликлинике.

Особенности организации работы детских стационаров является необходимость проведения мероприятий по предупреждению распространения инфекций: разделение каждого отделения на секции, которые при необходимости могут функционировать самостоятельно.

Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (стационары (отделения, палаты) дневного пребывания в больницах, стационары на дому для детей и дневные стационары в поликлинике)). В 2001 г. насчитывалось 423 дневных стационаров всех типов для детей, включая стационары на дому; число коек в них составило 6,8 тыс.; 185,2 тыс. детей было пролечено. Данная форма оказания медицинской помощи позволяет увеличить интенсивность и повысить эффективность работы лечебно-профилактических учреждений, объем и качество медицинской помощи больным детям, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении и лечении.

В реальном обеспечении прав детей на охрану здоровья значительную роль играет доступность высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи (операций на открытом сердце, трансплантаций сердца, печени, почек, нейрохирургических вмешательств при опухолях головного мозга, лечения наследственных и системных заболеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургических вмешательств высокой степени сложности и др.). Эти виды медицинской помощи оказываются в учреждениях здравоохранения федерального подчинения, располагающих мощным потенциалом высококвалифицированных научно-практических кадров, оснащенных современным оборудованием и аппаратурой, использующих новейшие медицинские технологии диагностики и лечения больных.

В системе медицинской реабилитации важное место принадлежит санаторно-курортной помощи — одному из ведущих этапов восстановительного лечения и оздоровления.

3.1 Здоровье детей дошкольного возраста

Заболеваемость на втором году жизни не ниже, а иногда и выше, чем у детей первого года, в связи с чем дети этого возрастного периода требуют пристального внимания.[[4]](#footnote-4)

На втором году жизни здоровый ребенок (I группа здоровья), не посещающий дошкольное учреждение, наблюдается участковым педиатром I раз в квартал. При каждом осмотре проводятся антропометрические измерения и оценивается нервно-психическое и физическое развитие. Обязательна консультация стоматолога, других специалистов — по показаниям.

Неорганизованных детей третьего года жизни участковый педиатр осматривает I раз в полугодие, офтальмолог и стоматолог I раз в год.

Оценка уровня нервно-психического развития детей третьего, как и второго, года жизни осуществляется совместно врачом, участковой медицинской сестрой, сестрой кабинета здорового ребенка при участии родителей и воспитателей дошкольных учреждений. За нормальное развитие принимается формирование умений на втором году жизни в пределах квартала, а на третьем — в пределах полугодия. Начиная с 4 лет углубленный осмотр детей проводится I раз в год.

Для сохранения здоровья детей чрезвычайно важна преемственность в работе участкового педиатра и медицинских работников дошкольных учреждений. Высокая заболеваемость детей в детских яслях и садах, особенно в первые дни и недели после поступления, требует улучшения подготовки их к предстоящему изменению условий жизни и воспитания в организованном детском коллективе. Поступление в дошкольное учреждение ведет к эмоциональному стрессу, ломке сложившегося в соответствии с жизнью в семье динамического стереотипа. Следствием этого являются функциональные сдвиги в деятельности ряда систем организма ребенка, что отражается на его иммунобиологической реактивности и общей сопротивляемости в период адаптации к дошкольному учреждению.

При подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение максимум внимания уделяется всем формам санитарно-просветительной работы среди родителей.

Анализ течения адаптации детей к дошкольным учреждениям, заболеваемости в этот период должен проводиться совместно участковой педиатрической службой и персоналом яслей-садов.

Особое внимание следует обратить на детей группы риска, родившихся от матерей с патологией беременности, осложнениями в родах, перенесших различные заболевания в периоде новорожденности. Целесообразно повторно проконсультировать их с психоневрологом и другими специалистами. Дети, отстающие в физическом и нервно-психическом развитии, часто болевшие На первом году жизни, страдающие рахитом, экссудативным диатезом, анемией, могут быть оформлены в дошкольное учреждение только после проведения курса оздоровительных мероприятий.

Врач дошкольного учреждения проводит осмотр всех вновь поступающих детей, плановые профилактические осмотры в соответствии с возрастом и перед проведением профилактических прививок; осматривает детей, заболевших в дошкольном учреждении, назначает необходимые виды обследования и лечения; составляет недельные или десятидневные меню; организует индивидуальное питание детям первого года жизни; контролирует осуществление физического воспитания и закаливания; сообщает заведующему дошкольным учреждением и руководству детской поликлиники о состоянии здоровья детей, их заболеваемости, принимает меры по ее профилактике.

Старшая медицинская сестра яслей-сада подчиняется непосредственно врачу, участвует в профилактических осмотрах детей, осуществляя антропометрические измерения; осматривает детей. При приеме в учреждение; проводит профилактические прививки, диагностические пробы, забор материала для лабораторных исследований; выполняет профилактические и лечебные назначения врача; организует и контролирует закаливание детей; осматривает и изолирует остро заболевших; оказывает первую доврачебную помощь при травмах; ведет ежедневное наблюдение за детьми, бывшими в контакте с инфекционными больными; организует текущую дезинфекцию; ставит в известность врача и заведующего дошкольным учреждением о нарушениях санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, питания, закаливания и физического воспитания детей; готовит заявки; получает, учитывает и хранит медикаменты, бактериальные препараты, дезинфицирующие средства, медицинский инструментарий и аппаратуру; ведет утвержденные формы медицинской документации; осуществляет пробу блюд перед их раздачей, отмечает в специальном бракеражном журнале их оценку (вкусовые качества, соответствие массы и объема их выходу, указанному в меню) и разрешение на выдачу, следит за проведением С-витаминизации питания.

Важный раздел работы, который необходимо отразить в плане,— контроль за организацией питания, санитарным состоянием пищеблока, качеством продуктов питания, правильностью их закладки, соблюдением технологии приготовления пищи.

3.2 Здоровье школьников

Все общеобразовательные учреждения комплектуются квалифицированными кадрами средних медицинских работников, врачей-педиатров.

Учащиеся общеобразовательных учреждений обеспечиваются медицинскими осмотрами в соответствии с действующими требованиями, предъявляемыми федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения и образования.

Во всех видах общеобразовательных учреждений организуется комплексное оздоровление детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, с включением в его структуру психолого-педагогической коррекции.

При отсутствии медицинского работника руководство школы заключает договор с близлежащей поликлиникой о медицинском обслуживании детей.

Администрация и медицинские работники образовательных учреждений с углубленным содержанием обучения при поступлении в их школу детей с хроническими заболеваниями должны разъяснять родителям, что обучение в таких школах является дополнительным фактором риска для здоровья больного ребенка.

В школьном возрасте продолжается еще незавершившееся и бурно протекающее развитие ребенка. Детский организм в это время чрезвычайно пластичен и в большей степени подвержен влиянию различных благоприятных и неблагоприятных факторов.

Обуславливает необходимость постоянного четкого врачебного наблюдения не только за здоровьем ребенка, но и за организацией его обучения в школе, условиями пребывания и воспитания дома. Поэтому все дети школьного возраста подлежат диспансерному наблюдению, которое заключается в осуществлении профилактических мероприятий, направленных на улучшение физического развития учащихся, укрепление их здоровья, предупреждение заболеваний, активное выявление начальных стадий развивающейся патологии, оздоровление и лечение ослабленных и больных школьников.

Медицинское обеспечение учащихся общеобразовательных школ осуществляют школьный врач и сестра. В обязанность школьного врача входит организация своевременного проведения углубленных медицинских осмотров школьников в соответствии с методическими рекомендациями по диспансеризации детского населения, определение медицинской группы для занятий физической культурой. На основании данных углубленного осмотра он делает заключение о состоянии здоровья каждого ребенка, анализирует результаты осмотра в целом по школе.

Результаты углубленного осмотра учащихся анализируются школьным врачом и докладываются на педагогическом совете школы и медицинском совете поликлиники или объединения. При этом указывается число и процент осмотренных детей уровень выявленной патологии в целом по школе и по отдельным периодам школьного возраста: младшего (7—10 лет), среднего 11 — 14 лет) и старшего (15 — 17 лет), уровень физического развития учащихся и распространенности отдельных заболеваний и отклонений по возрастно-половым группам, удельный вес детей, взятых на диспансерный учет, процент школьников, отнесенных к основной, подготовительной и специальной группе по физкультуре. Результаты диспансеризации подростков, частота и характер выявленной у них патологии учитываются и анализируются отдельно.

Заключение

Показатель здоровья женщин и детей является наиболее чувствительным индикатором социально – экономического развития общества. Деятельность государства системы охраны материнства и детства направлено на реализацию комплекса социально – экономических и лечебно – профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укрепление здоровья женщин и детей, обеспечение условий нормальной жизнедеятельности.

Охрана здоровья женщин не может ограничиваться проведением мероприятий в период беременности, ее надо осуществлять в разные периоды жизни женщины и ее полового воспитания.

В настоящее время состояние здоровья в РФ характеризируется падением уровня рождаемости, повышение общего коэффициента смертности. 20% новорожденных имеют отклонения от нормально физического и психологического здоровья. Каждый третий ребенок имеет отклонение от нормы в состоянии здоровья.

В различных регионах абсолютно здоровыми можно считать 8-10% младше школьного возраста, 6 % детей среднего школьного возраста и 3,5% старшего.

Литература

1. Артюшина Г.П./ Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проспект, 2005 – 576с.
2. Лавров И.Г., Майстрах К.В./ Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник. – 4 –е изд., перераб. и доп.-М.: Медецина, 1987. – 264с.
3. Тен Е.Е./Основы социальной медицины: Учебное пособие- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003 – 256с.
1. Тен Е.Е./Основы социальной медицины: Учебное пособие- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003 – 133с. [↑](#footnote-ref-1)
2. Лавров И.Г., Майстрах К.В./ Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник. – 4 –е изд., перераб. и доп.-М.: Медецина, 1987. – 155с. [↑](#footnote-ref-2)
3. Тен Е.Е./Основы социальной медицины: Учебное пособие- М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003 – 160с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Артюшина Г.П./ Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проспект, 2005 – 56с [↑](#footnote-ref-4)