

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.2:616-084

DOI 10.17816/pmj36351-60

ОРГАНИЗАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО ФОРМИРОВАНИЮ И РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕМЬИ

И.А. Дымова^{1,2}, А.А. Кароян¹*

¹Глазовский государственный педагогический институт имени В.Г. Короленко,

²Глазовская межрайонная больница Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики, Россия

ORGANIZATIONAL AND EDUCATIONAL PROGRAM ON FORMATION AND DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICAL ACTIVITY

I.A. Dymova^{1,2}, A.A. Karoyan¹*

¹Glazov State Pedagogical Institute named after V.G. Korolenko,

²Glazov Inter-regional Hospital of the Ministry of Healthcare of Udmurt Republic, Russian Federation

Цель. Разработать организационно-образовательную программу по формированию и развитию медицинской активности семьи и выявить ведущие факторы, определяющие и прогнозирующие ее уровень.

Материалы и методы. Методом анкетирования изучили медико-социальную характеристику и условия среды пребывания и воспитания детей первого года жизни, механизм формирования и развития медицинской активности 244 семей. На основе полученных данных разработали организационно-образовательную программу, направленную на улучшение здоровья детей через деятельность участкового врача-педиатра. Участвовать в эксперименте дали согласие 214 женщин.

Результаты. Возрастающие показатели заболеваемости детского населения свидетельствуют об актуальности поиска методов улучшения здоровья детей, в том числе с помощью развития медицинской активности семьи. Выявлены и представлены факторы, определяющие и прогнозирующие уровень медицинской активности семьи, планирующей рождение ребенка.

Выводы. Для разработки образовательных программ по формированию медицинской активности необходимо учитывать территориальные особенности показателей здоровья детского населения и результаты медико-социальной диагностики семьи. Учет прогностических факторов позволит врачу-

© Дымова И.А., Кароян А.А., 2019

тел. +7 (34141) 5 58 57

e-mail: ggpi-buh@ya.ru

[Дымова И.А. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой физической культуры и безопасности жизнедеятельности, врач-педиатр; Кароян А.А. – кандидат биологических наук, доцент кафедры физической культуры и безопасности жизнедеятельности].

педиатру выявить матерей группы риска и индивидуально подходить к их обучению и практическому решению проблем формирования и развития медицинской активности.

Ключевые слова. Медицинская активность, организационно-образовательная программа, факторы риска, дети, семьи.

Aim. To work out the organizational and educational program on formation and development of medical activity of a family and detect the key factors, determining and prognosticating its level.

Materials and methods. The method of questioning was used to study the medicosocial characteristic of living conditions and education in children of the first year of life, the mechanism of formation and development of medical activity in 244 families. On the basis of the data obtained, there was developed the organizational and educational program, directed to improvement of children's health through the activity of district pediatrician; 214 women agreed to participate in the experiment.

Results. The paper is devoted to the necessity of improving the level of knowledge in parents of early age children. The growing sickness rate indices among the child population demonstrate the actuality of searching for methods to improve children's health, in particular, by means of developing family medical activity. There were revealed and presented the factors, determining and forecasting the level of medical activity of a family, which plans to have a child.

Conclusions. To work out educational program on formation of medical activity, it is necessary to consider territorial characteristics of health status indices among child population and results of medicosocial diagnostics of families. Pediatrician, taking into account prognostic factors, can reveal "risk group" mothers and have individual approach to their training and practical formation and development of medical activity.

Key words. Medical activity, organizational and educational program, risk factors, children, families.

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья и обеспечение нормального развития детей – глобальная обязанность и высокая ответственность настоящих поколений людей за будущее развитие человеческого сообщества. Сегодня дети составляют 1/3 населения планеты, завтра – все наше будущее. Сегодня – здоровые дети, завтра – здоровое общество [1, 2].

Управление состоянием здоровья детей, в частности раннего возраста, в условиях нарастающего его ухудшения – первоочередная медико-социальная задача. Здоровье детей на 50 % и более зависит от образа жизни семей, прежде всего от ее медицинской активности. Медицинская активность является основой первичной профилактики заболевания. Относительно здоровья детей

под медицинской активностью подразумевают все действия родителей, непосредственно направленные на совершенствование здоровья семьи и ребенка [3–5].

Огромная роль в развитии плода и рождении здорового ребенка отводится характеру течения пренатального периода.

Главными условиями благоприятного течения беременности, по мнению А.А. Баранова с соавт. (2003), являются:

1. Положительная установка на предстоящие роды, теплый психологический климат в семье.

2. Правильный режим труда и отдыха.

3. Рациональное питание.

Благоприятное течение беременности и родов в значительной мере определяется тем, насколько акуратно будущая мать выполняет все медицинские предписания и соблюдает режим.

Изучение различных аспектов формирования здоровья детей на современном этапе позволяет сформулировать приоритетные медико-организационные мероприятия, направленные на повышение эффективной деятельности системы здоровья и использование ресурсов в области охраны здоровья детей.

Первостепенной задачей участкового врача-педиатра является мобилизация всех возможностей по организации ухода, режима, рационального вскармливания, участия семьи в воспитательном процессе детей как периода новорожденности, так и грудного возраста.

Цель исследования – разработать организационно-образовательную программу по формированию и развитию медицинской активности семьи и выявить ведущие факторы, определяющие и прогнозирующие ее уровень.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом анкетирования изучили медико-социальную характеристику и условия среды пребывания и воспитания детей первого года жизни, механизм формирования и развития медицинской активности 244 семей. Анкетирование родителей и итоги выкопировки данных из медицинской документации позволили уточнить не только социально-гигиенические, но и медико-биологические факторы риска, влияющие на здоровье детей.

Выявили наиболее значимые факторы образа жизни семьи, характеризующие раз-

личные аспекты семейного уклада, влияющие на состояние здоровья детей.

Полученные данные использовали для обоснования дифференцированного подхода к разработке и использованию эффективных организационно-образовательных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей через деятельность участкового врача-педиатра.

На основе анализа полученной информации и предшествующего опыта работы школы будущей матери, школы матерей, объема и качества до- и послеродовых патронажей разработали программу формирования медицинской активности семьи, в которой на основе информированного согласия стали участвовать 214 женщин с момента взятия на учет по беременности в женскую консультацию.

114 (53,3 %) женщин в полном объеме прошли курс дородового обучения по формированию и развитию медицинской активности, смогли выполнить поставленные условия в течение трех лет медицинского наблюдения, т.е. весь период раннего возраста. Они составили группу семей с достаточной медицинской активностью (МАС). 100 (46,7 %) женщин в течение первого года естественного эксперимента такую мотивацию не сохранили – группа семей с недостаточной медицинской активностью (МНАС).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении групп (МАС и МНАС) выявили влияние ведущих социальных и медико-биологических факторов на уровень медицинской активности семьи.

Зарегистрировали преобладание числа юных матерей в группе МНАС (9,4 против 3,9 %).

В группе МАС количество женщин, имеющих высшее и среднее специальное образование, больше в 1,5 раза (30,3 против 20,3 %) и 1,2 раза (38,1 против 32,8 %) соответственно. В данной группе домохозяйек в 1,1 раза (31,6 против 28,2 %) и служащих в 1,2 раза (21,0 против 17,2 %) больше, чем в МНАС.

Различия в МАС и МНАС между коренными жителями (29,0 против 27,0 %) и русскими (67,1 против 61,2 %) статистически малозначимы. В МНАС в 3,0 раза больше женщин, имеющих статус временных переселенцев, беженцев (11,8 против 3,9 %).

В группе МАС показатель среднемесячного дохода на одного человека относительно уровня прожиточного минимума больше в 1,6 раза (48,7 против 29,7 %). В МНАС в 1,5 раза больше (57,8 против 36,8 %) число семей с доходом ниже прожиточного уровня. Многодетных семей в данной группе в 3,2 раза больше (8,4 против 2,6 %), чем в МАС.

Представители из группы МНАС в 1,3 раза чаще проживают в коммунальных квартирах, съемном жилье (26,6 против 19,7 %).

Большинство женщин из группы МАС отмечают доброжелательную обстановку в семье (90,8 против 73,4 %), в данных семьях реже возникают конфликты (3,9 против 14,1 %), среди них меньшее количество неполных семей (5,3 против 12,5 %).

Выявлены статистически значимые различия ($p = 0,001$) в частоте наличия вредных привычек. В МНАС в 2,2 раза чаще (17,2 против 7,9 %) женщины и в 1,6 раза (80,4 против 50,0 %) мужчины страдают вредными при-

вычками (табакокурение, алкоголь), что является одной из ведущих причин конфликтных ситуаций в семье.

При анализе осведомленности о состоянии собственного здоровья женщин (методом анкетирования) обеих групп и сопоставлении полученных данных с материалами из медицинской документации (обменной карты родильного дома (уч. ф. № 113/у)) выявлены существенные различия. В МАС осведомлены 48,7 против 36,9 %, в МНАС – 54,6 против 32,8 %. Подобное несоответствие выявлено и при анализе знаний о наличии хронической патологии.

В МАС в 1,3 раза больше (26,8 против 20,5 %) женщин, чья предшествующая беременность разрешилась срочными родами. У женщин из группы МНАС в 4,1 раза (10,3 против 2,5 %) чаще – выкидышем.

У большинства женщин обеих групп беременность наступила в интервале менее года, причем в МНАС данный показатель был больше в 1,2 раза (51,3 против 41,5 %). Наступление беременности в интервале от 1 до 2 лет у женщин из группы МАС наблюдалось в 29,2 % случаев, из группы МНАС – 17,9 %; в интервале 6 лет и более у 12,2 и 7,7 % соответственно.

90,8 % родителей из группы МАС и 84,4 % из группы МНАС считают, что обладают определенными медицинскими знаниями по профилактике заболеваний у детей и оказанию первой помощи при неотложных состояниях. Причем, по мнению 63,1 и 59,4 % семей, объем этих знаний оценен как достаточный. Экспертная оценка выявила еще более низкий уровень объема знаний (47,4 и 34,4 %), различия составили соответственно в 1,3 и 1,7 раза.

До рождения ребенка санитарно-просветительную информацию получили 96,0 % матерей из группы МАС и 71,9 % из группы МНАС. Таким образом, 4,0 и 28,1 % семей санитарно-просветительной работой не охвачены. Однако в полном объеме, а это посещение школы будущей матери, школы матерей, индивидуальные беседы с будущей матерью (дородовый патронаж), информацию получили 85,5 и 60,9 % женщин.

Главными источниками получения медицинских знаний для большинства женщин из группы МАС (85,5 против 70,3 %) явились лекции, беседы с медицинскими работниками, средства массовой информации (Интернет, телевидение). Для 14,5 и 29,7 % матерей соответственно основными источниками информации являются СМИ, знакомые и родные.

Таким образом, 14,5 % опрошенных из группы МАС и 29,7 % из МНАС приобретали знания по профилактике заболеваний у детей пассивно, при отсутствии контакта с медицинскими работникам.

До рождения ребенка 96,0 % женщин из группы МАС получили медицинские знания, 4,0 % – на первом году жизни, что, соответственно, превышает данные показатели опрошенных из группы МНАС в 1,3 и в 5,5 раза. Тем не менее все женщины стремились пополнять свои знания на протяжении года жизни ребенка, мотивируя это в 96,0 % случаев стремлением приобрести знания с целью вырастить своего ребенка здоровым, 4,0 % объясняют это необходимостью, обусловленной состоянием здоровья ребенка.

Подавляющее большинство (94,7 %) женщин из группы МАС выразили желание получить дополнительные знания в области воспитания детей, в МНАС таковых оказалось значительно меньше – 76,6 %.

Грудное вскармливание – базисное условие формирования здоровья, является составной частью организации ухода за ребенком первого года жизни. Важным фактором увеличения распространенности грудного вскармливания является раннее прикладывание новорожденного к груди матери в родильном зале в первые 20–30 мин. Подавляющее большинство (76,5 %) детей матерней из группы МАС приложены к груди в родовом зале, в МНАС – 53,4 % детей.

У женщин из группы МАС на режиме свободного вскармливания находилось 87,5 % детей, 22,5 % матерей кормили детей строго по часам, что обусловлено проживанием их в многопоколенной семье, или эти женщины имели более старших по возрасту детей (выработан стереотип кормления ребенка строго по часам с ночным интервалом), в МНАС – 49,2 и 46,8 % соответственно.

Анкетирование родителей из группы МНАС позволило выявить более ранние сроки введения фруктового сока, фруктового пюре и первого основного прикорма.

В питании ребенка в течение всего года 80,0 % матерей из группы МАС регулярно использовали свежие овощи и фрукты, 20,0 % – посезонно. К году 87,1 % детей имели разнообразное по возрасту питание, 12,9 % – преимущественно крупяные и молочные блюда, что объясняется низким материальным благополучием семьи.

В МАС частота обращаемости по собственной инициативе за медицинскими советами по вскармливанию, уходу, режиму дня, закаливанию, профилактическим прививкам значительно выше в 2,3 раза (76,4 против 32,8 %), при этом регулярно – 81,6 против 43,7 %.

Различия по обращаемости в медицинские учреждения в сроки, рекомендованные медицинскими работниками, между данными семьями статистически незначимы (98,7 против 94,4 %).

Зарегистрирован высокий показатель необоснованной несвоевременной вакцинации детей в группе МНАС (22,2 против 14,5 %).

Ежедневно соблюдают режим большинство матерей из группы МАС (92,4 против 66,5 %, разница в 1,4 раза). Значительно завышена самооценка деятельности родителей МНАС (84,2 против 51,8 %) относительно экспертной оценки по организации режима.

При анализе режимных моментов выявили статистически значимые различия. Так, преобладающее большинство родителей из группы МАС обеспечивали ежедневное пребывание ребенка на свежем воздухе свыше 2–3 часов (98,7 против 79,7 %), регулярно проводили комплекс массажа, гимнастики (96,0 против 70,3 %), купание (98,7 против 65,6 %), закалывающие мероприятия (98,7 против 65,6 %). При закаливании в основном женщины из группы МАС предпочтение отдавали как воздушным ваннам, так и водным процедурам (92,1 против 59,4 %, разница в 1,5 раза).

Проветривание и влажную уборку комнаты, где проживал ребенок, ежедневно осуществляли 57,8 % опрошенных из МНАС

с частотой 2–3 раза в неделю – 32,8 %, причем данный показатель в 1,5 и 2,5 раза ниже по сравнению с показателями матерей из группы МАС.

Несмотря на это, 96,0 % матерей МАС и 92,2 % МНАС считали организацию в семье воспитания, режима, ухода, закалывания, вскармливания единственно правильной.

Таким образом, просматриваются существенные различия, статистически достоверные, между семьями с различной степенью медицинской активности в организации ухода за ребенком первого года жизни. Санитарно-гигиеническая грамотность родителей из группы МНАС явно недостаточная. Родители не владеют необходимым объемом знаний, что послужило формированию завышенной оценки своей деятельности по организации ухода за ребенком.

Степень активности и своевременности обращаемости за медицинской помощью в случае заболевания ребенка в группе МАС значительно выше, чем в МНАС (71,1 против 20,3 %, разница в 3,5 раза, и 75,0 против 42,1 %, разница в 1,8 раза).

Выявили статистически значимые различия между этими семьями (93,4 против 65,6 %, разница в 1,4 раза) и в объеме выполнения рекомендаций по лечению ребенка в случае его заболевания. Так, одна треть матерей из группы МНАС (34,4 против 6,6 %, разница в 5,2 раза) лишь частично придерживалась рекомендаций врача по лечению ребенка, мотивируя это неудобным графиком работы узких специалистов, вспомогательных кабинетов; 33,3 % женщин считали их выполнение необязательным.

При этом женщины из группы МНАС значительно чаще прибегают к лечению без рекомендаций медицинских работников (29,7 против 9,2 %, разница в 3,2 раза), объясняя это отсутствием средств (42,1 против 28,6 %, разница в 1,5 раза) и в большей степени влиянием родственников, знакомых (57,9 против 28,6 %, разница в 2 раза).

Несмотря на это, объемом медицинской помощи женщины обеих групп удовлетворены за исключением 3 (3,9 %) опрошенных из группы МАС.

В МНАС в 2,3 раза превышен показатель обращаемости на вторые сутки и в более поздние сроки с момента начала заболевания ребенка (51,5 против 22,4 % и 6,2 против 2,6 %). Большинство опрошенных из группы МАС (75,0 %) обращаются в первые сутки за медицинской помощью при любом, даже незначительном, заболевании ребенка.

При любых обстоятельствах обеспечивали ребенка необходимыми лекарствами 90,8 % матерей из группы МАС, в 71,9 % – МНАС. Основной причиной, мешающей приобрести необходимые лекарства, женщины обеих сравниваемых групп назвали отсутствие денег.

Медицинские средства при лечении ребенка используют строго по предписанию врача 93,4 % родителей МАС и 81,2 % – МНАС.

Женщины из групп МАС и МНАС при анкетировании практически одинаково оценили состояние здоровья детей. Однако 3,1 % матерей из группы МНАС склонны считать состояние здоровья ребенка плохим. Данная оценка обусловлена наличием двух острых

заболеваний в течение года и более, наличием хронической патологии.

В результате исследования нами установлены статистически достоверные различия в группах сравнения. Так, в МНАС выявили преобладание матерей более юного возраста. В данной группе большее число женщин имеют среднее или среднее специальное образование. По социальному положению большинство женщин из этой группы – учащиеся и рабочие. В этой группе в 3,0 раза больше семей, имеющих статус многодетных, временных переселенцев, беженцев. Большее число семей проживают в коммунальных квартирах и имеют среднемесячный доход на одного человека ниже прожиточного уровня. В семьях МНАС чаще возникают конфликты, больший процент матерей и отцов имеют вредные привычки, больше число неполных семей. У женщин данной группы чаще беременность наступала в интервале менее года. Предшествующая беременность в 4 раза чаще разрешалась выкидышем.

Таким образом, анализ медицинской активности выявил недостаточный уровень санитарно-гигиенической грамотности родителей из группы МНАС. Одна треть семей не охвачена санитарно-просветительной работой во время беременности. Главными источниками получения информации для них являются средства массовой информации, родственники, знакомые. У 80,0 % семей отсутствует дома популярная медицинская литература.

Женщины данной группы значительно реже обращаются по собственной инициа-

тиве за медицинскими советами по уходу, режиму дня, закаливанию, профилактическим прививкам. При экспертной оценке выявлен недостаточный уровень медицинских знаний. Соблюдение режима по уходу за ребенком нерегулярное. При этом матери оценивают свои действия как правильные. Зарегистрирована необоснованная несвоевременность начала вакцинации детей в 22,2 % семей. Степень активности и своевременности обращаемости за медицинской помощью в случае заболевания ребенка значительно ниже. Чаще прибегают к лечению ребенка без рекомендаций медицинских работников. Одна треть семей лишь частично придерживаются рекомендаций врача по лечению ребенка.

Таким образом, уровень санитарной культуры большинства родителей, а также активность, направленная на укрепление здоровья детей, активность во время заболевания ребенка очень низкие. Самооценка уровня знаний, механизмов, действий и, как результат, состояния здоровья детей значительно завышена.

Факторы, определяющие и прогнозирующие уровень медицинской активности семьи. Сопоставив полученные данные медико-социального исследования семей обеих групп, на основе патометрического алгоритма (Е.В. Гублер, 1990), составили таблицу факторов риска, способствующих отнесению семьи к группе МНАС.

Факторы риска формирования семей со слабой медицинской активностью в отношении ребенка

Фактор риска	Оценка, баллы
1. Возраст матери: до 18 лет	-1,9
2. Среднее образование матери	-0,9
3. Временные переселенцы, беженцы	-2,5
4. Многодетные семьи (3 ребенка и более)	-2,5
5. Жилищные условия: коммунальная квартира	-0,5
6. Среднемесячный доход ниже прожиточного минимума	-1,0
7. Психологический микроклимат семьи	
а) конфликты в семье	-2,8
б) неполные семьи	-1,9
8. Наличие вредных привычек	
а) матери: – курение	-1,3
– алкоголь	-1,9
б) отца: – курение	-1,0
– алкоголь	-1,4
9. Предшествующая беременность разрешилась выкидышем	-3,1
10. Интервал между последней и данной беременностью 6 лет и более	-0,5
11. Основной источник получения медицинских знаний:	
а) средства массовой информации	-0,9
б) знакомые, родные	-2,8
12. Время получения медицинских знаний:	
а) на первом году жизни ребенка	-3,7
б) после заболевания ребенка	-3,4

Окончание таблицы

Фактор риска	Оценка, баллы
13. Частота обращений по собственной инициативе за медицинскими советами к медицинским работникам:	
а) нерегулярно	-1,2
б) не обращаются	-6,4
14. Выполнение режимных моментов – нерегулярно	-3,4
15. Выполнение санитарно-гигиенических требований к помещению, где проживает ребенок (проветривание, влажная уборка):	
а) через день	-2,0
б) 1 раз в неделю	-4,3
16. Вскармливание ребенка:	
а) позднее первое прикладывание ребенка к груди матери (свыше 24 ч)	-5,5
б) кормление ребенка строго по часам	-4,4
в) отсутствие ночных прикладываний к груди матери	-2,3
г) введение сока на первом месяце жизни	-1,8
д) введение прикорма в возрасте до 6 месяцев	-2,5
17. Степень активности обращаемости за медицинской помощью в случае заболевания ребенка – не при всех случаях заболевания ребенка	-2,2
18. Время обращения за медицинской помощью в случае заболевания ребенка:	
а) вторые сутки	-1,8
б) позже	-1,9
19. Выполнение рекомендаций медицинских работников – частично	-3,7
20. Ведущие причины, обуславливающие лечение ребенка без рекомендаций медицинских работников:	
а) отсутствие средств	-0,7
б) по совету родственников	-1,4

Сумма прогностического коэффициента _____.

Заключение о прогнозе: благоприятный – меньше -13; неблагоприятный \geq -13.

Из 80 факторов, подвергнутых корреляционному анализу, включающих медико-биологические, социальные, характеризующие образ и условия жизни семьи, факторы медицинской активности семьи, выявили 20 ведущих факторов, по совокупности которых можно прогнозировать недостаточный уход за ожидаемым ребенком и ранний перевод его на искусственное вскармливание.

Из группы социальных факторов наиболее значимы: неполные и конфликтные семьи; временные переселенцы, беженцы; многодетные семьи. Решающими факторами, обуславливающими медицинскую активность семьи, являются: время и источник получения медицинских

знаний; частота обращений за медицинскими советами к медицинским работникам; регулярность выполнения режимных моментов и принципов организации вскармливания, мероприятий и правил их выполнения.

Учет выявленных прогностических факторов позволит медицинским работникам установить матерей группы риска и индивидуально подходить к их обучению по программе формирования и развития медицинской активности.

Выводы

Для разработки организационно-образовательных программ по формированию медицинской активности необходимо

учитывать территориальные особенности показателей здоровья детского населения и результаты медико-социальной диагностики семьи. Проведенное исследование выявило 20 ведущих признаков, по совокупности которых прогнозируется риск недостаточного ухода за ребенком и ранний перевод его на искусственное вскармливание. Учет прогностических факторов позволит врачу-педиатру индивидуально подходить к их обучению и практическому решению проблем формирования и развития медицинской активности. Образовательная программа убедительно показала, что состояние здоровья ребенка напрямую зависит от целенаправленных действий матери и семьи в целом по поддержанию и укреплению его здоровья, а также от поведения матери, начиная с пренатального периода. Следовательно, определение мер по работе с семьей является важным условием эффективной деятельности системы охраны здоровья матери и ребенка.

Библиографический список

1. Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шаратова Е.И., Волков И.М. Репродуктивное

здоровье и поведение женщин России. Казань 2001; 238.

2. Баранов А.А., Сухарева Л.М. Федеральная целевая программа «Здоровый ребенок». Российский педиатрический журнал 2000; 1: 5–8.

3. Горфинкель В.В., Максимов О.Л., Степаненко А.В., Щекина В.В. Гигиеническая оценка взаимосвязи микросоциальных условий проживания детей в семье с показателями их здоровья. Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века: материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. М. 2001; 2: 309–311.

4. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-АЛМЕД 2002; 520.

5. Шабунова А.А. Медицинская активность и роль семьи в укреплении здоровья детей. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз: научный журнал ВолНЦ РАН 2003; 21: 58–63.

Материал поступил в редакцию 04.04.2019