

люю принятия самостоятельных терапевтических решений. Самоконтроль в узком смысле слова означает самоконтроль обмена веществ, т.е. самостоятельное определение больными некоторых показателей в крови или моче [4]. С помощью современных методов экспресс-анализа больные могут определить важнейшие параметры обмена веществ с точностью, близкой к лабораторной. Поскольку эти показатели определяются в повседневных, привычных больному условиях, они имеют большую ценность для коррекции терапии, чем гликемические и глюкозурические профили, исследуемые в стационаре или поликлинике.

Таким образом, в проблемной плоскости социологии медицины социальное самочувствие как индикатор здоровья больных сахарным диабетом может быть использовано для изучения отношения к терапии, адаптивных поведенческих стратегий на фоне изменения ценностных ориентаций и привычного образа жизни, адекватного взаимоотношения с окружающими в преодолении болезни.

В рамках медико-социального дискурса проанализирована специфика социального самочувствия больных сахарным диабетом. Определяются детерминанты социального самочувствия при сахарном диабете. Социальное самочувствие рассматривается как индикатор отношения к терапии в контексте его ценностно-нормативной специфики.

Ключевые слова: социальное самочувствие, образ жизни, сахарный диабет, поведенческие стратегии, самоконтроль

The social self-feeling as an integrative characteristic of health in patients with diabetes mellitus

Ye.S. Koznova

The V.I. Razumovsky Saratov state medical university of Minzdrav of Russia, Saratov

The characteristics of social self-feeling of patients with diabetes mellitus are analyzed within the framework of medical social discourse. The determinants of social self-feeling under diabetes mellitus are determined. The social self-feeling is considered as an indicator of attitude to therapy in the context of its value normative specificity.

Key words: social self-feeling, life-style, diabetes mellitus, behavioral strategies, self-control

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткин А. М. // Психол. журн. — 1984. — № 3. — С. 152 — 162.
2. Бергер М., Старостина Е. Г., Йоргенс В., Дедов И. Практика инсулинотерапии. — Первое рус. изд. — Берлин, 1990. — С.8.
3. Обучение больных сахарным диабетом / Дедов И. И., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р. и др. — М., 1999. — С. 5.
4. Майоров А. Ю. // Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2-го типа. — М., 2000. — С.106.
5. Петрова Л. Е. // Социол. исслед. — 2000. — № 12. — С. 50 — 55.

Поступила 03.10.12

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 614.253.52:616-053.9-082

И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова, И.К. Сенченко

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского; 410012, Саратов, Россия

Одной из актуальных задач развития современного общества является улучшение качества медико-социальной помощи, оказываемой населению. Современное состояние и возможности отрасли здравоохранения способствуют реализации поставленных задач. В практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений внедряются новые медицинские технологии, стандарты, модели организации медицинской помощи и формы подготовки квалифицированного медицинского персонала [3]. Одновременно активно совершенствуется экономическая составляющая функционирования современного российского здравоохранения, что обусловлено в первую очередь спецификой условий рыночного и смешанного типов финансирования медицинских организаций, приоритетный акцент при этом ставится именно на предоставлении качественных медицинских услуг населению [10].

Качество медицинской помощи представляет собой некий результат своевременного предоставления медицинской помощи на должном уровне и в соответствующем объеме с учетом индивидуальных потребностей пациента, а также возможностей и особенностей работы учреждений. Безусловно, оценка уровня удовлетворенности населения отдельными составляющими медицинской помощи и качества предоставляемых услуг является ведущим фактором эффективного решения проблем здравоохранения [9]. По данным большинства исследований, при оценке качества медицинской помощи в основном учитываются только результаты работы врачебного персонала, участию сестринского медицинского персонала в лечебно-диагностическом процессе не придается особого значения. Реализация программ и концепций развития сестринского дела в нашей стране до настоящего времени не привела к существенным результатам в отношении изменения роли специалистов среднего

И.Г. Новокрещенова — д-р мед. наук, зав. каф. (irina13nov@rambler.ru); В.В. Чунакова — аспирант; И.К. Сенченко — аспирант.

звена как равноправного участника процесса оказания качественной медицинской помощи [7].

В настоящее время отмечается расширение возможностей применения средним медицинским персоналом своих знаний, умений и навыков на практике. Квалифицированные специалисты со средним медицинским образованием осуществляют свою деятельность в сфере не только здравоохранения, но и социального обслуживания населения. В стационарных учреждениях социальной защиты, которые оказывают медико-социальную помощь гражданам пожилого и старческого возраста, отмечается численное преобладание сестринского персонала. Обладая достаточными профессиональными компетенциями, сестринский персонал способен удовлетворить растущие потребности данной категории граждан как в медицинской, так и в социальной помощи. Однако на сегодняшний день единых методов оценки качества работы медицинских сестер как важного элемента деятельности учреждений здравоохранения и социального обслуживания пожилых не разработано [2]. Существуют определенные трудности в определении общих компонентов, параметров оценки сестринской помощи, особенно в учреждениях специализированного типа. В учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, сестринский персонал непосредственно находится в контакте с пациентами, причем кроме проведения лечебных мероприятий существенную роль играет осуществление постоянного наблюдения и ухода, оказание социальной и психологической поддержки [6]. Тем самым медицинская сестра реализует главную задачу сестринского процесса — выявление потенциальных и удовлетворение существующих потребностей пациента, качество выполнения которой необходимо контролировать.

В отсутствие стандартов и технологий деятельности среднего медицинского персонала контроль качества сестринской помощи в учреждениях здравоохранения может проводиться с использованием комплекса показателей, характеризующих работу медицинской сестры, среди которых наиболее важным является своевременность выполнения врачебных назначений и соблюдение стандартов сестринской деятельности [1]. Однако особенности сестринского процесса при оказании помощи отдельным группам населения в специализированных учреждениях не позволяют полностью применить на практике данную систему показателей.

Таким образом, такой показатель, как удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи, может служить оптимальным критерием оценки деятельности сестринского персонала и показателем социальной результативности деятельности как учреждений здравоохранения, так и организаций сферы социальной защиты населения в целом.

Вышеперечисленные аспекты обусловили организацию медико-социологического исследования, целью которого выступила необходимость научного обоснования модели управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания на основе анализа удовлетворенности пациентов содержанием и качеством медико-социальной помощи, оказываемой сестринским персоналом.

Исследование проводилось на базе четырех стационарных учреждений социальной сферы, оказывающих комплексную медико-социальную помощь

пожилым гражданам Саратовской области, среди которых дома-интернаты для престарелых и инвалидов городов Энгельса, Новоузенска, Маркса, Аткарска. Объект исследования — мнение основных потребителей сестринских услуг (пациентов), обслуживаемых в учреждениях, предоставляющих медико-социальную помощь.

Статус проживающих в доме-интернате может быть рассмотрен в нескольких аспектах. Мероприятия по определению пожилых граждан в дом-интернат в первую очередь направлены на обеспечение социальной помощи нуждающимся. Так как данные учреждения находятся в ведении сферы социальной защиты населения, то изначально основными потребителями услуг стационарных учреждений социального обслуживания являются "клиенты", т. е. одинокие люди, которые столкнулись с трудностями в отношении самообслуживания, или люди, в силу каких-либо причин (непредвиденных ситуаций) неспособные адаптироваться к новым условиям жизни.

Однако кроме социального обслуживания в домах-интернатах в соответствии с лицензией оказывается комплексная медицинская (доврачебная и амбулаторно-поликлиническая) помощь квалифицированными специалистами, большинство из которых специалисты среднего звена [8]. В соответствии с ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.11 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния [4]. Поскольку всем проживающим в домах-интернатах с момента поступления и на протяжении всего проживания оказывается медицинская помощь, по отношению к медицинскому персоналу учреждения их можно считать "пациентами" в соответствии с приведенным определением. Результаты анализа мнения проживающих в домах-интернатах пациентов могут использоваться в решении проблем совершенствования качества сестринского обслуживания как одной из составляющих качества медико-социальной помощи, оказываемой пожилым.

Исследование проводилось с использованием социологического метода в форме анкетирования. Специально разработанные авторские анкеты состоят из 17 вопросов с предложенными вариантами ответов, которые были распределены на два блока. Первый блок анкеты содержал вопросы, позволяющие охарактеризовать социальный статус пациентов учреждений, оказывающих медико-социальную помощь. Вопросы второго блока были направлены на выявление основных показателей, характеризующих удовлетворенность пациентов сестринским обслуживанием, и параметров, способствующих улучшению качества сестринской помощи [5].

Для определения значимости показателей в ряде вопросов использовались метод рангов и балльный метод. Респондентам было предложено проранжировать варианты ответов, а также оценить их по 5-балльной шкале в зависимости от их предпочтительности (важности). При использовании рангового метода наиболее предпочтительному показателю присваивался первый ранг, наименее предпочтительному — последний, соответствующий количеству предложенных вариантов ответов. Результат ранжирования по данным опроса определялся путем сложения всех рангов по каждому

Структура респондентов по возрасту и полу

Возраст, годы	Пол				Все опрошенные	
	мужской		женский			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
55—64	24	4,8	60	12,1	84	16,9
65—74	25	5,0	139	27,9	164	32,9
75—89	101	20,3	129	25,9	230	46,2
90 и старше	—	—	20	4,0	20	4,0
Всего...	150	30,1	348	69,9	498	100

параметру. В итоге первое ранговое место получал параметр с наименьшей суммой рангов, а последнее — соответственно показатель с наибольшей ранговой суммой. При балльном методе наиболее важному параметру отдавалась наибольшая оценка по принятой шкале. По результатам оценок определялась весовость каждого заданного параметра. Статистическая обработка результатов проводилась путем расчета относительных и средних величин ($M \pm m$).

Всего в исследовании приняли участие 498 респондентов, большинство из которых составляют женщины (69,9%) преимущественно пожилого и старческого возраста. Среди мужчин (30,1%) преобладают лица старческого возраста (см. таблицу).

Для группы людей старших возрастных категорий характерно преобладание среднего и среднего специального образования. Среди респондентов среднее образование имеют 51,4% опрошенных, среднее специальное — 32,5%, высшее — 16,1%.

При опросе респондентов о наличии родственников выяснилось, что у 70,1% опрошенных имеются дети, проживающие отдельно, 21,9% имеют только дальних родственников, 8,0% респондентов родственников не имеют.

По данным учета состояния здоровья пациентов домов-интернатов (отчет о медицинской деятельности) и анализа медицинской документации учреждений (медицинская карта престарелого (инвалида), оформляющегося в дом-интернат) было установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста кроме основного заболевания имеется ряд сопутствующих, большинство из которых имеют хроническую форму. Таким образом, у каждого проживающего зарегистрировано наличие 7—8 заболеваний, среди которых преобладают заболевания терапевтического, психиатрического и хирургического профиля.

В силу физиологических и анатомических возрастных изменений, а также правил отбора при поступлении в данные учреждения для проживающих домов-интернатов характерно наличие группы инвалидности. Среди опрошенных инвалидами признаны 54,0%, в том числе инвалидами I группы 29,1%, II группы 20,9%, III группы 4,0%.

Для людей пожилого возраста свойственно увеличение потребностей не только в социальных услугах, но и в медицинской помощи. По данным самооценки, более половины (53,0%) респондентов испытывают постоянную потребность в медицинской помощи, при этом среди опрошенных 34,9% являются пациентами, находящимися постоянно на постельном режиме ("лежачие больные"). Необходимо отметить, что 47,0% опрошенных в посторонней помощи не нуждаются, так как имеют возможность самостоятельно себя обслуживать. Однако 5,8% опрошенных нуждаются

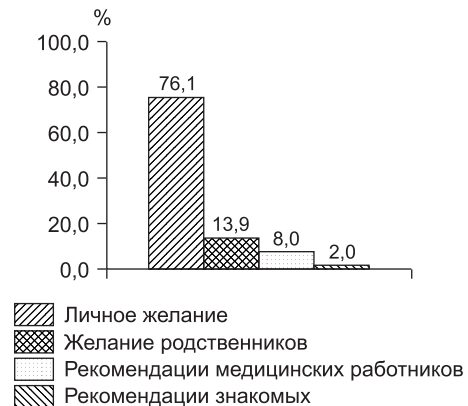


Рис. 1. Причины обращения респондентов в учреждение.

в услугах по доставке продуктов и лекарственных средств.

Заметим, что в настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке и другие признаки интенсификации лечебно-диагностического процесса. Для пожилых пациентов с хроническими вялотекущими формами заболеваний, которые нуждаются в длительной поддерживающей терапии или реабилитационных мероприятиях после госпитализации, это может приводить к ощущениям преждевременной выписки. Оставшись в домашних условиях без посторонней помощи в лице медицинских работников, пожилые не всегда могут самостоятельно справиться с решением основных проблем, ухудшающих качество жизни, что вынуждает их обратиться за помощью в учреждения социальной защиты. По данным опроса было установлено, что 76,1% респондентов оказались в учреждении по личному желанию, среди которых 2,0% обратились в учреждения в связи с отсутствием условий для самостоятельного проживания, 13,9% — по желанию родственников, следовали рекомендациям медицинских работников 8,0% респондентов и 2,0% — рекомендациям знакомых (рис. 1).

Как правило, при помещении в дома-интернаты в первую очередь решаются проблемы удовлетворения потребностей пациентов в бытовом и психологическом комфорте. Однако со временем приоритеты пациентов меняются. По мнению респондентов, во время пребывания в учреждении социального обеспечения крайне важным среди факторов, определяющих самочувствие и состояние здоровья респондентов, является работа медицинских сестер (I ранговое место), что объясняется круглосуточным пребыванием среднего медицинского персонала "у постели больного". Следующими по важности выделены факторы выполнения врачебных назначений (II ранговое место), а именно проведение минимального объема процедур и манипуляций, поддерживающих состояние здоровья пациента, а затем условия проживания (III ранговое место). Несмотря на распространенность медико-психологических проблем, проблем одиночества у граждан пожилого возраста, такие факторы, как возможность общения с более широким кругом людей и мероприятия по организации досуга, занимают IV и V ранговые места и, таким образом, не осознаются как имеющие важное значение для респондентов. Полученные данные подтверждают первоочередную потребность данной кате-

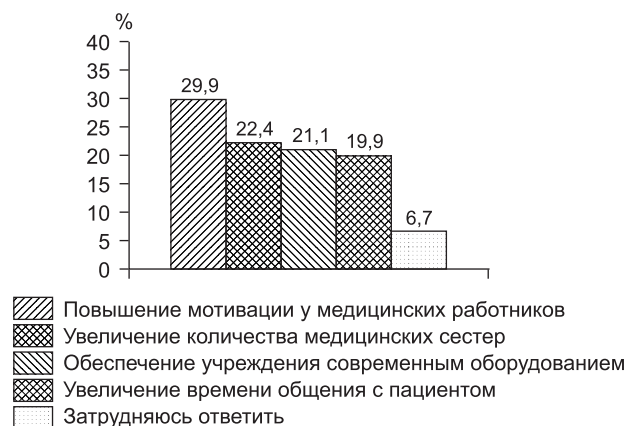


Рис. 2. Условия дальнейшего улучшения качества сестринской помощи.

гории граждан в медицинской помощи и постороннем (сестринском) уходе.

В кадровом составе учреждения отмечается преобладание медицинского персонала (55—76%), среди которого сестринский персонал составляет большую часть (средний медицинский персонал — 28,0—38,8%, младший медицинский персонал — 54,1—68,0%). Роль медицинской сестры в структуре геронтологической помощи очень высока. В связи с чем были изучены особенности технологий обслуживания пациентов с выделением ряда составляющих элементов работы среднего медицинского персонала. Далее респондентам было предложено оценить влияние выделенных элементов работы медицинской сестры по пятибалльной шкале. По мнению респондентов, максимальное влияние на качество сестринской помощи оказывают соблюдение технологий сестринского ухода за пациентом ($4,4 \pm 0,025$ балла) и выполнение сестринских манипуляций ($4,4 \pm 0,027$ балла). Меньшее влияние оказывают такие элементы, как раздача лекарственных препаратов ($2,3 \pm 0,031$ балла), соблюдение лечебно-охранительного режима ($2,6 \pm 0,035$ балла). Влияние ведения медицинской документации на качество сестринской помощи крайне незначительно, по мнению респондентов, составляет $1,2 \pm 0,018$ балла.

Кроме выполнения основных видов деятельности средний медицинский персонал оказывает психологическую поддержку пациентам. 66,1% респондентов указывают, что медицинские сестры регулярно общаются с ними и стремятся помочь в решении различного рода психологических проблем. Однако 33,9% опрошенных отмечают, что медицинские сестры редко общаются с пациентами, что свидетельствует о наличии значительной доли пациентов, нуждающихся в более широком общении с персоналом. Возможно, это связано с недостатками в технологии деятельности среднего медицинского персонала, в которой не предусматривается выделение конкретного времени на проведение бесед. Данное обстоятельство может привести к нарушению процесса взаимодействия персонала с пациентами и как следствие к ошибкам в ведении сестринского процесса, который изначально направлен на выявление приоритетных проблем пациентов с учетом предоставляемой им информации.

Учитывая особенности изучаемой категории пациентов, не последнюю роль в их взаимоотношении со средним медицинским персоналом играют личностные характеристики медицинских сестер. По мнению

респондентов, медицинская сестра, работающая в учреждениях и отделениях медико-социального профиля, в первую очередь должна обладать такими личностными качествами, как вежливость, тактичность (I ранговое место), внимательность (II ранговое место), профессионализм (III ранговое место). Такие личностные качества сестринского персонала, как общительность и исполнительность (IV и V ранговые места соответственно), по мнению респондентов, являются менее важными.

Большинство (64,0%) опрошенных считают, что медицинская сестра должна совершенствовать свои профессиональные знания, умения, навыки. По мнению респондентов, основными знаниями, необходимыми медицинской сестре в учреждении медико-социального профиля, являются "знания особенностей ухода за пожилыми пациентами" (56,0%), а также "медицинские знания" (причины возникновения, симптомы заболевания и т.д.; 21,9%) и "знания психологии общения с пациентом" (17,9%). Необходимость знаний "техники выполнения манипуляций и процедур" (практических знаний) отметили только 4,2% респондентов. Среди предложенных вариантов ответа вариант "знания нормативных документов" не был выбран респондентами, что, возможно, связано с недооценкой значимости нормативной документации в работе среднего медицинского персонала.

Оценивая в целом качество сестринской помощи, большинство (85,9%) респондентов заявили, что полностью удовлетворены работой медицинских сестер в учреждении, что свидетельствует об адекватном решении приоритетных проблем пациентов. Остальные респонденты (14,1%) частично удовлетворены качеством сестринской помощи.

Для улучшения качества сестринского обслуживания респонденты отметили необходимость повышения материальной мотивации медицинских работников (29,9%), что объясняется, возможно, несоответствием уровня заработной платы сложным условиям труда. 22,4% респондентов считают, что необходимо увеличить количество медицинских сестер, а 21,1% опрошенных связывают повышение качества сестринской помощи с дополнительным обеспечением учреждения современным оборудованием. Возможность повышения качества сестринского обслуживания 19,9% опрошенных связывают с увеличением времени общения медицинского персонала с пациентами. Остальные респонденты (6,7%) затруднились с ответом (рис. 2).

За время пребывания в доме-интернате состояние здоровья респондентов, по данным самооценки, в основном либо немного улучшается, но некоторые проблемы остаются (34,1%), либо значительно улучшается, что позволяет вести активный образ жизни (27,9%). У остальных пациентов состояние остается без изменений (26,0%) или ухудшается (12,0%), что связано с возрастными особенностями, наличием инвалидности, ограничением возможности самоухода.

В заключение исследования респондентам предложили оценить различные аспекты деятельности среднего медицинского персонала в учреждении. Большинство респондентов высоко оценили деятельность медицинских сестер по всем основным показателям: внешний вид медицинской сестры (средняя оценка $4,6 \pm 0,026$ балла), качество сестринского ухода за пациентом (средняя оценка $4,5 \pm 0,034$ балла), качество

выполнения медицинской сестрой манипуляций, процедур (средняя оценка $4,1 \pm 0,076$ балла), отношение медицинской сестры к пациенту (средняя оценка $4,5 \pm 0,027$ балла). Только такой показатель, как объем предоставляемой медицинской сестрой информации, респонденты оценили на "удовлетворительно" (средняя оценка $3,6 \pm 0,081$ балла), что, возможно, связано с высокой загруженностью рабочего времени медицинской сестры или недостатком сестринских кадров.

Важную роль в поддержании самочувствия и состояния здоровья пожилых пациентов во время пребывания в учреждениях социального обеспечения играет средний медицинский персонал, качественно выполняющий свои обязанности. В силу особенностей, свойственных людям пожилого и старческого возраста, медицинские сестры должны осуществлять рациональное планирование и эффективную реализацию всех этапов сестринского процесса для удовлетворения их основных потребностей. Необходимо больше внимания уделять организации психологической помощи (индивидуальные беседы с психологом, групповые занятия, тренинги) и социальной поддержке в форме предоставления информации о правах проживающих (установление группы инвалидности, получение льготных лекарственных средств, протезирование и т.д.). Удовлетворение потребностей пожилых как социально значимой категории граждан остается актуальной задачей для всех участников процесса оказания медико-социальной помощи.

В целом выявлена высокая степень удовлетворенности пациентов качеством сестринского обслуживания. Особое значение для пациентов имеет не только уровень профессиональной подготовки и организация работы сестринского персонала, но и внимание, доброжелательное отношение медицинской сестры. Особенности реализации сестринского процесса в учреждениях социальной сферы должны быть четко отражены в функциональных обязанностях среднего медицинского персонала, что позволит избежать возникновения технологических проблем, в частности проблем, связанных с недостатком общения и объема предоставляемой информации медицинской сестрой пациентам. В целом для работы среднего медицинского персонала в медико-социальных учреждениях социальной защиты характерны аналогичные проблемы, что и в учреждениях сферы здравоохранения (кадровый дефицит специалистов среднего звена, низкий уровень оплаты труда, недостаток мотивационных стимулов).

Подводя итог вышесказанному, можно утверждать, что одним из основных показателей качества сестринской помощи в стационарных учреждениях социальной защиты является удовлетворенность пациентов сестринским обслуживанием, критериями которого должны выступать оценка адекватности и своевременности ухода, постоянного наблюдения, непосредственного общения и объема предоставляемой информации, соблюдения этического-деонтологических правил.

Таким образом, непрерывное изучение мнения основных потребителей сестринских услуг дает возможность определить основные направления, реализация

которых будет способствовать улучшению качества сестринского обслуживания и повышению эффективности деятельности учреждений в целом.

Установлены проблемы функционирования системы управления качеством медицинской помощи в учреждениях социальной сферы. Исследованы особенности потребностей и выявлена удовлетворенность пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. Обоснована необходимость внедрения мониторинга деятельности специалистов среднего звена для эффективного планирования и ведения сестринского процесса, в том числе на основе анализа удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи.

Ключевые слова: организация медико-социального обслуживания пожилых, удовлетворенность пациентов, качество сестринской помощи

The satisfaction of quality of nursing care in hospitals of social care

I.G. Novokreschenova, V.V. Tchunakova, I.K. Sentchenko

The V.I. Razumovskiy Saratov state medical university 410012 Saratov, Russia

The issues of functioning of system of medical care quality management in institutions of social sphere are established. The characteristics of needs and satisfaction of patients of elderly and old age residing in hospitals of social care are analyzed. The necessity to implement monitoring of activity of paramedical personnel for effective planning and management of nursing process is substantiated. The role of analysis of satisfaction of patients with quality of paramedical care is emphasized.

Key words: medical social care, elderly patient, satisfaction, quality of nursing care

ЛИТЕРАТУРА

1. Жихарева Н.А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2007.
2. Ключникова В.Е. Проблемы организации сестринской работы в геронтологии. Медицинская сестра. 2008; 10: 23—6.
3. Лычев В.Г., Карманов В.К. Контроль качества деятельности медсестры. Медицинская сестра. 2006; 5: 31—4.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. [Электронный ресурс]: ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 21.11.2011 г.). Интернет-версия справочно-правовой системы "Консультант-Плюс".
5. Петрова Н.Г., Жемков В.Ф., Шпаковская Л.Р. Анкетирование пациентов как инструмент контроля качества медицинской помощи. Главный врач. 2009; 2: 30—3.
6. Селиверстова Н.А., Греков И.Г. Специфика организации работы медицинских сестер в домах-интернатах в зависимости от социально-психологических особенностей проживающих в них лиц. Главная медицинская сестра. 2008; 5: 33—8.
7. Тюлькина Е.Е., Габоян Я.С. Контроль и оценка деятельности медицинских сестер лечебных отделений больницы на примере процедурной медсестры. Главная медицинская сестра. 2009; 4: 55—63.
8. Шабалин В.Н. Организация охраны здоровья пожилых людей в современном мире. Медицинская сестра. 2008; 5: 3—4.
9. Решетников А.В. Социология обязательного медицинского страхования. Социология медицины. 2012; 1: 3—9.
10. Экономика здравоохранения: (Учебное пособие) / Решетников А.В., Алексеева В.А., Ефименко С.А. и др. 2-е изд. М.: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа"; 2010.

Поступила 27.03.13