

Т.В.Матвейчик, П.Н.Михалевич*, Д.Е. Шевцов*

Проблемы и перспективы работы помощника врача

ГУО «Белорусская медицинская академия

последипломного образования»,*

УЗ «34-я центральная районная клиническая поликлиника» г. Минска

Являясь составной частью системы здравоохранения, сестринское дело располагает кадровыми ресурсами и потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в приемлемой медицинской помощи (1). Медицинское обслуживание стоит дорого, во всем мире на нужды охраны здоровья ежегодно расходуется около 2000 млрд. долларов США в эквиваленте. Медицинские сестры – наиболее значительная часть медицинского персонала, которая, практически не влияя на решения в области здравоохранения, оказывает наибольшие объемы помощи населению (2).

Между тем, начало 21 века – это эра хронических неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни и ухудшающих демографическую ситуацию (5,6). Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики (7). Особое место в этой работе занимают медицинские сестры.

«Уникальное призвание медицинской сестры заключается в том, чтобы оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению (либо наступлению безболезненной кончины), и с чем человек мог бы справиться без посторонней помощи, если бы он был достаточно крепок, целеустремлен или информирован, и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность» (12).

Профилактика и диспансеризация – стратегические рычаги демографической безопасности декларированы в нашей стране перспективным направлением (1,3,6,13-14,24). Центральное место в этом принадлежит помощнику врача и медицинской сестре. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний продолжает находиться на ранней стадии развития, хотя еще в 1925 г. академик Семашко Н.А. писал «Профилактика – это путь, по которому мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач».

Во многих странах мира (19,22) растет спрос на сестринский персонал.

В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских сестер не запланирован и бессистемен. Специалистам в области планирования стало труднее описывать масштабы медицинской практики, привести навыки и знания сестринского персонала на уровень потребностей населения, однако для нашей страны имеют место другие проблемы организации работы среднего медицинского персонала. Выделяют основные направления в работе сестер, включающие

профилактическую, медико-социальную и медико-реабилитационную помощь населению.

Проведенные исследования подтверждают готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за больными, увеличению количества выполняемых манипуляций (2,9). Находясь на вторых ролях в медицине, медицинские сестры зачастую не стремятся проявлять инициативу. Низкий престиж профессии медицинской сестры в современном обществе, невозможность профессионального роста побуждал определенную часть опытного и квалифицированного сестринского персонала получать иную профессию.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются:

- развитие первичной медицинской помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья требует особых форм деятельности сестры и помощника врача;
- гигиеническое обучение и воспитание населения может и должно осуществляться не только врачом, но и его компетентным помощником;
- реструктуризация медицинских учреждений с оптимизацией сроков пребывания в стационаре обуславливает появление новых форм стационарзамещающей работы;
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
- совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий, осуществляемых сестрами;
- оптимизация деятельности и этапов преемственности в больницах или отделениях сестринского ухода с применением сестринского процесса (14);
- развитие системы хосписов и оказание паллиативной помощи умирающим, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Согласно приоритетности реформирования здравоохранения (9) и проекту «Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2010-2014 годы» главным элементом реформирования являются высококвалифицированные кадры сестер.

Исследованиями, осуществленными в 2007г. на кафедре ОЗиЗ у 16,4%-35% медицинских сестер выявляется нежелание повышать свою квалификацию, что может быть обусловлено низкой материальной заинтересованностью и другими причинами. При этом до 25% опрошенных лиц не считают необходимым ведение сестринской документации, а 9,6% – обеспечение соблюдения асептики и антисептики при работе с пациентом, 5% – обеспечение правильности выполнения назначений врача, от 4% до 10,8% сестер не признают необходимости контроля качества со стороны руководства (10,11).

Государственные должностные лица и руководители, в том числе сестринской службы, как правило, отмечают стремление служить обществу. По данным Crewson, (1995) значительная доля медицинских менеджеров, поступающих на государственную службу, считали его наиболее важным критерием своего решения. Согласно отечественным (2,4,21) и зарубежным данным общей

характеристикой этих лиц является возможность помогать другим, служить обществу в целом, самопожертвование, честность и чувство ответственности (4).

Новые требования к помощнику врача предъявляют необходимость в подготовке такого работника, который способен поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг.

Образование первого десятилетия 21 века испытывает одновременно три разнонаправленных действия:

коммерциализацию образования и образовательных услуг (24);

административно-политические требования по переходу к Болонским соглашениям;

тенденцию сохранения сложившихся традиций образования;

необходимость перехода к дистанционному обучению (8), что, несомненно, скажется на содержании образовательных программ помощника врача.

Согласно анкетированию (3,10,11) выделены желательные личностные качества медицинских сестер-руководителей: интеллект, доминирование, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность и устойчивость против стресса, творческий подход к делу, предприимчивость, ответственность и надежность, что частично соответствует идеальным качествам главной медсестры (4).

Из имеющихся личностно-характерологических качеств отмечено иное: неуверенность в своих силах, склонность к аффективным реакциям, ситуативная тревожность, излишняя агрессия и конфликтность как следствие заниженного уровня самооценки и затруднения в построении контактов с людьми.

Среди индивидуальных качеств медицинской сестры, как и у врача организации здравоохранения, выделяют 3 основных: коммуникабельность, предприимчивость, лидерство. Проявление коммуникабельности помощника врача состоит в гуманизме к больному и профессиональных знаниях, необходимых на этапах в оказании помощи, а также умение соблюдать преемственность в работе.

Предприимчивость является необходимым элементом помощника врача, которая выявляет не только нравственные аспекты поведения с коллегами, интеллект, базирующийся на уровне образованности, но и двигателя новых технологий, знаний. В этой связи помощник врача должен владеть основами психологии общения, конфликтологии, психологической устойчивостью к стрессам, доброжелательным отношением к больным. Все это учтено в обучающих программах последипломного повышения квалификации медицинских сестер (8,12).

Лидерство – неотъемлемый компонент личности помощника врача, по-скольку на его уверенности в правоте проводимой в ОЗ политики, воле, опыте и целеустремленности, базируется успешность работы.

Эмоционально напряженный, творческий, сложный и многообразный труд помощника врача предъявляет к его личности несколько особых требований: инициативность, умение четко реагировать на ситуацию с ресурсами организации с наибольшей выгодой для работы, умение оценить перспективу новых технологий и своевременно начать их использование в работе ОЗ, здоровый оптимизм, особые личностные качества.

Можно считать, что содержание деятельности «успешного» помощника врача состоит в здравом смысле, знании дела, уверенности в своих силах, высоком уровне коммуникации, способности доводить начатое дело до конца, духовно-нравственных качествах.

В личностном портрете сестринского руководителя, согласно нашим исследованиям, наряду с высокими профессиональными амбициями и исполнительской дисциплиной, имеет место заниженный уровень самооценки, нестабильная личная, эмоциональная устойчивость, слабое знание основ коммуникации. В этой связи можно предположить определенную аналогию профессиональных качеств среднего медицинского работника, ведомого руководителем с подобными качествами характера.

Установлено: медицинские сестры имеют собственное понимание жизненного успеха, составляющими которого в виде хорошей семьи, любви и де-тей видят 82,1%, уважения и признания других людей – 61,5%, самореализации способностей – 58,9%. Пути достижения успеха респонденты считают и используют трудолюбие – 61,5%, профессиональную компетентность – 51,2%, опыт и навыки – 46,2% (10-16).

Эти данные подтверждают наиболее важные ценности, выбранные анкетированием сестер: крепкая семья привлекает 35,9%, хорошее здоровье и уверенность в себе – 25,6%, интересная работа в сочетании с материальной обеспеченностью – 23%. Выбор между сохранением семьи и карьерой в пользу семьи сделали 58,9% анкетированных человек. Конкуренцию как вариант соревнования изредка испытывают 33,3%, но предпочитают ее только 23%.

Материалы демонстрируют, что существуют причины, ухудшающие мотивацию труда помощника врача и медицинской сестры.

Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры. Уважение обществом и восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно посредством организационно-управленческих процессов по роли и месту медсестры (8,9,17,16,24), а также внесением в программы сестринского и врачебного образования идеи о возросшей самостоятельности и ответственности сестры в современном лечебном процессе, которые соответствуют мировым тенденциям. Изменение статуса и роли медицинской сестры происходит на наших глазах. Известно, что эффективная продолжительность работы на одной должности составляет 5-7 лет (3,22), в дальнейшем необходима либо кадровая ротация по горизонтали или вертикали, либо переподготовка (11,24). Эти компоненты эффективности в работе сестринского персонала используются не полностью.

Сотрудничество с социальными службами, домами инвалидов, больницами ветеранов войны и труда формирует потребность практического здравоохранения в качественно новой подготовке медсестер (19-21,24).

Согласно исследованиям последних лет (22) возможности влияния здравоохранения на здоровье населения составляют около 10-15% всего объема факторов, против 8-10% их совокупности ранее.

В компетенции здравоохранения остаются управляемые факторы условий и образа жизни – 50-55% общей совокупности влияния; наследственно-

генетические 15-20%. На долю факторов внешней среды приходится 20-24% всего объема воздействия.

Достижение коллективных целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессионализма медицинских сестер как основного стержня лечебно-профилактической услуги. В этой связи перспективной является разработка программ, направленных на развитие интеллекта и практических знаний и навыков помощника врача в системе профилактической медицины:

*развитие интеллекта и интуиции;

*использование информационно-коммуникативных средств;

*обучение готовности ориентироваться в изменяющихся условиях;

*понимание мотивов поведения людей.

Как считает С. Л. Рубинштейн: «Мыслить человек начинает тогда, когда у него появляется потребность что-то понять». Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности помощника врача:

1. Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей этих специалистов, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.

2. Создание синергетических обучающих отношений (через учебные конференции по основным проблемам практического здравоохранения).

3. Построение модели генерации знаний, их распространение и эффективное использование в постоянно изменяющихся обстоятельствах.

4. Создание условий лучшего применения интеллектуальной собственности, повышение престижности и достойной оценки интеллектуального труда.

5. Формирование рынка интеллектуальной собственности через содействие воплощению интеллекта в результатах новых медицинских технологий и услуг (8,10,11,12).

6. Должна быть собственная модель целенаправленного развития индивидуальных свойств личности (11).

Согласно исследованиям 2007 г., сестринский руководитель нового типа, близок по характеристикам к тем, что доминируют в белорусском национальном характере (2,19,21). Трудлюбие, сердечность в отношениях между людьми, сострадание, толерантность, миролюбие, коллективизм и чувство локтя выражены в личности руководителя сестринского дела, что позволяет надеяться на то, что подобные качества имеют и медицинские сестры, помощники врача в своей основной массе.

Умеренно присутствуют в их личности почитание традиций, патриотизм, стремление к постепенным общественным изменениям. Имеет место осторожное отношение к инновациям, разрушающим привычную жизнь. Такие советские ценности, как равенство, коллективизм, поиск правды и обличение житейской неправды сохраняются в современном менталитете белорусов и сестринских руководителей как их типичных представителей.

В.В. Шинкарев и Л.В. Вартаганова (2003) отметили, что «душа белоруса не отравлена золотым тельцом», в связи с чем, привнесение элементов рыночных отношений во взаимоотношения медика и пациента не сразу нашло свои организационные формы (12, 21-23).

Бесспорным свидетельством улучшения качества жизни в Беларуси является увеличение средней продолжительности жизни с 68 лет в 2002 г. до 70,3 лет в 2007 г. Во многом этому способствовала активизация деятельности системы здравоохранения, ключевую роль в которой обеспечили средние медицинские работники.

В течение 2008 г., объявленного Указом Президента Республики Беларусь Годом здоровья, в стране проводилась диспансеризация населения, организованная согласно нормативным правовым документам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета:

- постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь» (5);
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.11.2007 г. № 870 «Об организации диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь»;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.01.2008 г. № 53 «Об организации работы отделений профилактики»;
- приказ комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 14.01.2008 г. № 23 «О порядке организации диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

Активизация профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, на воспитание у населения системы мотивации на сохранение, а не разрушение здоровья, стало в 2008 г. первоочередной задачей (3), выполняемой сестрами наравне с врачами.

Во всех амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения республики на основании вышеуказанных документов были подготовлены приказы по учреждениям о проведении диспансеризации, составлены планы мероприятий, утверждены ежемесячные графики, назначены ответственные по каждому терапевтическому участку. Первоочередное место в этой работе заняли помощники врача.

Были использованы все имеющиеся информационные ресурсы для оповещения обслуживаемого населения о целях и задачах диспансеризации, о порядке прохождения профилактических медицинских осмотров: наглядная информация в поликлиниках, ЖЭС, промышленных предприятиях, выпущены памятки, буклеты, ход диспансеризации широко освещался в СМИ и на телевидении. Это помогло обеспечить охват диспансеризации населения в соответствии с республиканским показателем (98,8%).

В проведении диспансеризации были задействованы все специалисты. Работа по диспансеризации в 2008 г. выявила нехватку штатной численности среднего и врачебного медицинского персонала в отделениях профилактики поликлиник, что позволяет ставить вопрос о пересмотре штатного расписания в сторону его увеличения. Подобная тенденция распространена во многих организациях здравоохранения.

Практика диспансеризации выявила отсутствие новых технологий в работе сестры при осуществлении реабилитации и низкую мотивацию при ее оказании, недостаток знаний современных технологий ухода за старыми одиночными

больными, невостребованность сестринского процесса в работе помощника врача.

Важной составляющей успеха в работе по диспансеризации явилась налаженная преемственность с кафедрами медицинских университетов: привлекались студенты, оказывалась консультативная помощь профессорско-преподавательским составом, определенную составляющую в этот процесс внесли помощники врача.

Вследствие этого свой вклад в решение проблемы снижения общей заболеваемости, распространенности хронической патологии, обусловленной старением населения, обязаны вносить все медицинские работники. Основы профилактической работы помощника врача предлагаются в учебно-практическом пособии (13).

Дальнейшие пути решения этих проблем обозначены в проекте Стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 г. и проекте «Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2010-2014 годы».

Усилия, в том числе и средних медицинских работников, как следствие высокой социальной эффективности мер, принимаемых органами исполнительной власти, привели к снижению смертности от болезней сердечно - сосудистой системы за 2008 г. на 8,5% (19).

Заявление министра здравоохранения Республики Беларусь: «В сложнейших социально-экономических условиях система здравоохранения...обеспечила реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья» (7) является констатацией факта проделанной работы в данном направлении.

Усиление профилактической направленности отрасли предполагает изыскание резервов для ее осуществления. На это направлено введение в 2008 г. должности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

Анализ существующего состояния организации сестринского дела в конкретном регионе выявил определенные проблемы, касающиеся роли и функций помощника врача:

- недостаточное число среднего медицинского персонала (помощников врача), обученных в соответствии с требованиями нормативных документов;
- отсутствие комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на мотивацию населения на здоровый образ жизни, осуществляемого силами помощников врача;
- изучение вклада медицинских сестер в диспансеризацию населения с целью усиления роли, полномочий и последующей оптимизации их обязанностей;
- отсутствие системы патронажа пожилых и старых пациентов на дому силами помощников врача;
- неотработанные пути взаимной преемственности помощников врача со специалистами своего учреждения и смежных медицинских и научных организаций;
- недостаточное документационное обеспечение сестринского процесса в амбулаторно-поликлинических организациях;
- низкая моральная и материальная заинтересованность медицинских сестер в совершенствовании профессиональных знаний и навыков (2-4);
- низкий уровень самооценки и престижа сестринской профессии (4.10,11).

Проблемы и недостатки совершенствования деятельности помощника врача в системе оказания медицинской помощи, на наш взгляд, таковы:

- уменьшение соотношения врач: медсестра с 1:4,1 в 1960 г., до 1:2,6 в 1999 г., до 1:2,2 в 2002 г., до 1:1,5 в 2008г. не соответствует нарастающим объемам нагрузки, идущей в ущерб качеству. Это противоречит мировым тенденциям по этому показателю (1:4) (1,2);
- повышение объема техногенных вмешательств увеличивает пере-грузку врача сестринскими манипуляциями с одновременным сокращением объема медицинских услуг при сестринской помощи;
- расширение объема парамедицинских (вспомогательных) функций, не требующих сестринской квалификации вследствие резкого сокращения численности младшего медицинского персонала (2,12);
- не признание вклада медсестры в лечебно-диагностический процесс, не умение и не ориентированность на выстраивание равноправных партнерских отношений подавляющим числом врачей (2,3,8);
- неравномерный объем работы медицинских сестер и помощников врача вследствие отсутствия нормативов нагрузки при выполнении сестринских манипуляций в разных областях медицины (12).

Устранение или уменьшение проблем создаст ряд преимуществ, позволяющих коллективу средних медицинских работников страны становиться пионером и лидером перемен в будущем здравоохранении.

Перспективными путями решения обозначенных проблем являются:

1. Постепенное увеличение соотношения врач: медсестра до 1:4 к 2020 г. за счет обучения нового поколения средних медицинских работников и оптимизации штатного нормирования труда;
2. Применение технологии сестринского процесса в функциональных обязанностях помощника врача при его работе в ОЗ;
3. Гуманизация отношения общества к сестринской профессии на основании обучения сестринских руководителей нового типа; публикаций в периодических изданиях, выступлений в средствах массовой информации заслуженных лидеров сестринской профессии, сестринских династий; повышения роли общественных объединений медицинских сестер;
4. Оптимизация системы оплаты в зависимости от уровня образования, объема, времени, качества сестринской помощи.
5. Преподавание основ психогигиены труда.

Оптимизация деятельности помощника врача позволит надеяться на увеличение продолжительности жизни за счет снижения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями посредством первичной профилактики.

Литература

1. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Республике Беларусь: состояние и перспективы / Э. А. Вальчук, Г. Е. Пецевич // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. Гродно, 2002. С. 137–139.
2. Вальчук, А. Э. К вопросу об имидже сестринского дела / А.Э. Вальчук // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. Гродно, 2002. С. 243–245.

3. Гарелик, П. В. Перспективы развития сестринского образования в Республике Беларусь / П. В. Гарелик, И. Г. Жук, К. М. Иодковский // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. Гродно, 2002. С. 52–54.
4. Гончарова, Г. Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения / Г. Н. Гончарова, Н. А. Горбачев, В. В. Упатов // Здравоохранение Российской Федерации. 2002. № 6. С. 27–31.
5. Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002–2006 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26 октября 2001 года № 1553.
6. Жарко, В. И. Мониторинг государственных программ в здравоохранении Республики Беларусь: некоторые итоги их реализации / В. И. Жарко [и др.] // Проблемы управления. 2008. № 3 (28). С. 40–45.
7. Жарко, В. И. Сегодня и завтра белорусского здравоохранения / В. И. Жарко // Народная асвета. 2009. № 2. С. 9–14.
8. Лапотников, В. А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ / В. А. Лапотников // Главн.мед.сестра. 2003. № 1. С. 11–15.
9. Лекторов, В. Н. О приоритетах и этапах реформирования современного здравоохранения / В. Н. Лекторов, П. Н. Михалевич // Медицина 2003. № 1(40). С. 6–7.
10. Матвейчик, Т. В. Медицинская сестра и социально значимый пациент: основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства / Т. В. Матвейчик [и др.]. Минск: Департамент исполнения наказаний МВД Республики Беларусь, 2005. 162 с.
11. Матвейчик, Т. В. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество / Т. В. Матвейчик, А. Э. Вальчук, В. И. Иванова // Инструкция по применению / Рег. № 9-0105 от 02.03.06. БелМАПО. 2006. 30 с.
12. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. Минск: Высшая школа, 2006. 297 с.
13. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие для организаторов сестринского дела / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид. Минск: Парадокс, 2009. 116 с.
14. Матвейчик, Т. В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук; под ред. Э. А. Вальчука. Минск, 2009. 216 с.
15. Матвейчик, Т. В. О новых запросах к подготовке сестринского персонала / Т. В. Матвейчик // Стратегия развития и совершенствования последипломной подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в Республике Беларусь и пути ее реализации: сб. материалов науч.-практ. конф. Минск, 2008. С. 24–28.
16. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы: Указ Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 г. № 135.
17. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92.

18. План мероприятий по реализации «Отраслевой программы развития сестринской службы Республики Беларусь». Утвержден приказом министра здравоохранения Республики Беларусь № 263 от 27 ноября 2001 г. // Медицинские знания. 2001. № 1. С. 2–4.
19. Руденко, В. П. Реформирование здравоохранения – насущная потребность и медиков и всего населения / В. П. Руденко // Медицина. 2005. № 1(40). С. 4–5.
20. Семина, Т. В. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование / Т. В. Семина, Е. М. Бурцева // Главн. мед. сестра. 2003. № 4. С. 59–61.
21. Тищенко, Е. М. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения в системе высшего сестринского образования / Е. М. Тищенко [и др.] // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. Гродно, 2002. С. 112–113.
22. Хейфец, А. С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в леч.-проф. учреждениях России / А. С. Хейфец // Главн. мед. сестра. 2002, 2003. № 10–12, 1, 3.
23. Хильмончик, Н. Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения / Н. Е. Хильмончик // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. Гродно, 2002. С. 141–142.
24. Часнойть, Р. А. Общественное здоровье и здравоохранение: основы экономики, финансирования и управления: учебное пособие / Р. А. Часнойть [и др.]. Гродно: ГрГМУ, 2008. 252 с.