

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАЗАХСТАНЕ И В МИРОВЫХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

НУО «Казхстанско-Росийский медицинский университет»
Джайнакбаев Н.Т., Алдиярова М.А., Ибраймжанова Ж.Е.

Медицинские сестры в большинстве стран мира составляют самую многочисленную армию работников здравоохранения, устойчиво определяя тем самым уровень и качество не только ПМСП, но и стационарной, специализированной помощи. В экономически развитых странах с «продвинутой» медициной одним из путей улучшения качества оказания медицинской помощи населению является активизация деятельности медицинских сестер. При этом профилактика заболеваний, санитарно-просветительская работа, общественное здравоохранение являются прямыми сферами их деятельности [1].

В настоящее время сестринское дело, как неотъемлемая составная часть системы здравоохранения, является многогранной медико-санитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

Сестринское дело возникло и существует, чтобы служить обществу, и по мере того, как меняются социальные условия и потребности здравоохранения, трансформируется и роль сестринского персонала. В настоящее время сестринское дело в развитых странах мира шагнуло на новый этап развития. Так, медицинским сестрам в экономически развитых странах мира отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению, повышении качества и эффективности использования медицинских услуг. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного [2-4].

Важную роль в реформе здравоохранения, обеспечении доступности и качества, предоставляемых населению медицинских услуг, усилении профилактической направленности, решении задач медико-социальной помощи отводится МПСЗ, составляющей самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Подготовка специалистов сестринского дела обходится государству дешевле, чем подготовка врачей. Причем установлено, что подготовка одного врача эквивалентна финансовым расходам, затрачиваемым на подготовку 3-х медсестер [5-9].

Всемирная организация здравоохранения рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения к доступной медицинской помощи. При этом ВОЗ подтверждает, что укрепление и развитие сестринского дела должны поддерживаться посредством: разработки стратегии планирования трудовых ресурсов и подготовки сестринских кадров; создания нормативной правовой базы для развития сестринского дела; обеспечения условий для эффективной деятельности сестринского персонала и полной реализации своего профессионального потенциала в сотрудничестве с другими категориями медицинских работников [10-14].

В экономически развитых странах, расходы на охрану здоровья в расчете на душу населения достигают более 2000 \$ США в год. В настоящее время реформы здравоохранения многих стран направлены на повышение качества и снижение себестоимости медицинских услуг, а также расширение видов и объема оказываемой медицинской помощи, при этом ставится вопрос о рациональной и эффективной организации труда не только врачей, но и медицинских сестер [15-21]. Так, поводом к реформе сестринского дела в Израиле послужили неудовлетворенность населения ростом

личных расходов на медицинскую помощь, а также забастовки медицинских работников, требующих повышения заработной платы. Общество серьезно озабочено стремительным ростом стоимости медицинских услуг без обеспечения адекватной безопасности для пациентов. Для сдерживания стоимости медицинской помощи во многих странах создается система современных технологий, гарантирующих минимально достаточный, но максимально эффективный путь ведения больного. Поэтому правительства большинства стран широко финансируют научные исследования проблем качества медицинской помощи, а также внедрение программ повышения качества медицинской помощи, способных уменьшить финансовые затраты без снижения технологического уровня [22-24].

Состояние сестринского дела является одним из параметров определяющих качество оказания медицинской помощи. Сестринская практика непосредственно влияет на обеспечение качества медицинской помощи пациентам. На качество сестринской практики влияют различные факторы, в т.ч. функции и организационные формы деятельности сестринского персонала, которые меняются в соответствии с новыми требованиями, стоящими перед здравоохранением [25-28].

В докладах ВОЗ отмечается, что в большинстве стран мира пренебрежительное отношение к сестринской профессии и неправильное использование сестринского персонала затормозили развитие не только сестринской помощи, но и всего здравоохранения в целом.

В Германии многие медицинские сестры не удовлетворены существующей системой здравоохранения, тогда как во Франции существует прочная научная база для оказания расширенной ПМСП населению. В Финляндии самостоятельность сестринского дела основано на автономном медицинском обслуживании и наблюдению за состоянием здоровья населения. Сестринская практика в Турции ориентирована только на решение конкретных задач и оказание лечебной помощи. Сестринская модель в Испании в соответствии с Законом о здравоохранении ориентирована в первую очередь на решение задач профилактической помощи [29-33].

В странах Центральной и Восточной Европы обеспеченность медицинскими сестрами в последние годы уменьшились, что обусловлено снижением престижа профессии и низкой оплатой труда МПСЗ. В Чехословакии сестринская практика в рамках системы здравоохранения непосредственно оказывается на уровне ПМСП. В Югославии процесс сестринского обслуживания основан на выявлении потребностей пациентов в медицинских услугах, а также в пропаганде участия пациента в лечебных мероприятиях и реабилитации, санитарном просвещении и процессах решения проблем. Польские исследователи считают, что в стране в последние годы состояние здоровья населения, функционирование сектора здравоохранения, инфраструктура служб и их оснащение требует кардинальных изменений [34-35].

После приобретения независимости Прибалтийские страны, первые из бывших республик СССР, стали проводить реформу сестринского процесса. Так, развитие сестринского дела в Эстонии обеспечено самостоятельностью МПСЗ в пропаганде здорового образа жизни, различных программах профилактики заболеваний и т.д. [36-37].

Наиболее благоприятные условия для развития сестринского дела созданы в США за счет активности общественных объединений медицинских сестер, активно сотрудничающих с органами управления здравоохранением и политическими структурами, лоббирующими интересы МПСЗ [38].

Китай принадлежит к числу стран, последовательно повышающих эффективность системы охраны здоровья населения и при непосредственном участии медицинских сестер [39-40].

В России достаточно активно используют меры по повышению эффективности сестринской помощи, такие как научная организация труда медицинских сестер, внедрение современных форм сестринской деятельности. Так, в отдельных регионах открыты больницы и отделения сестринского ухода, действуют дневные стационары, создается медицинская служба общей врачебной практики. Введены новые должности для медицинских сестер (например, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом); разработаны показатели качества работы; совершенствуется нормативно-правовая документация для руководителей сестринской деятельностью [41-43].

В Кыргызстане внедрена «Концепция развития сестринского дела в Кыргызской Республике», сформирована группа лидеров, осуществляющих реформирование сестринской службы. Введен статистический и персонализированный учет качественного и количественного состава сестринских кадров. Во многих медицинских организациях имеются заместители главных врачей по сестринскому делу – руководители сестринских служб, являющиеся медицинскими сестрами. Для улучшения организации деятельности сестринской службы в больничных организациях внедрена унифицированная сестринская документация «Карта пациента».

Стратегия реформы сестринского дела в Таджикистане определена Концепцией реформы здравоохранения республики, в котором приоритетным направлением является качественное развитие ПМСП. В большинстве организациях ПМСП фельдшеры, патронажные медицинские сестры и акушерки ведут самостоятельный прием. При этом Таджикистан является одним из пилотных стран ВОЗ по внедрению Концепции семейной медсестры. В настоящее время в сельской местности работают специально подготовленные акушерки, самостоятельно занимающиеся консультированием в вопросах планирования семьи и контрацепции [44-45].

В Узбекистане утвержден Национальный план действий по развитию сестринского дела, работает Координационный совет медицинских сестер. Для медицинских сестер с высшим образованием в областных и районных больницах введены должности заместителя главного врача по сестринскому делу, ведущей медицинской сестры, а также определены их квалификационные характеристики и должностные обязанности [46-47].

В Республике Казахстан процесс реформирования сестринского дела идет медленно и трудно, причиной которого является недостаточная активность, в первую очередь, самих медицинских сестер. При этом, находясь на вторых ролях в системе здравоохранения, медицинские сестры зачастую не стремятся проявлять инициативу. Следует подчеркнуть, что, по данным ВОЗ, между уровнем социально-экономического развития страны и масштабом сестринской практики прямая зависимость отсутствует. Так, в ряде развивающихся стран с низким доходом населения сестринское дело достаточно развито и обеспечивает полностью ПМСП. Причем в наиболее бедных странах, медицинские сестры руководят большей частью медицинских служб [48].

Во всем мире происходит переориентация медицинской помощи от больниц к ПМСП, внедряется новая модель медицинской помощи, при которой пациенты оказывают медицинскую помощь самостоятельно при соответствующей поддержке и обучении, что ведет к изменению роли и ответственности средних медицинских работников. Медицинские сестры во многих странах занимают лидирующие позиции при лечении диабета, астмы, эпилепсии, обучая самих больных справляться с заболеваниями и помогая адаптироваться к изменившейся жизни. Новым видом сестринских услуг яв-

ляется оказание медико-социальной помощи пожилым, инвалидам и беженцам [49-52].

Во многих странах в настоящее время наблюдается тенденция отхода от полной зависимости от врача при лечении болезней и стремление укрепить здоровье при помощи здорового образа жизни. Профилактикой заболеваний, санитарно-просветительной работой многих странах самостоятельно занимаются средние медицинские работники, активно привлекая к этому процессу местные общины и организации, то есть инициатором проведения мероприятий по различным аспектам ФЗОЖ являются медицинские сестры. Условиями осуществления этой реформы, в первую очередь, является подготовка квалифицированных кадров, имеющих базовые знания по профилактической медицине и владеющих современными коммуникативными методами ФЗОЖ. Не менее важно и наличие соответствующей организационной структуры: современные технологии, системы контроля качества и поощрения [53-54].

Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра медицинских услуг в рамках ПМСП. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских сестер был вызван в результате потребности населения, а в некоторых странах – стремлением сдерживать рост расходов в сфере здравоохранения. Следовательно, специалистам в области планирования в системе здравоохранения стало сложнее описывать характер и масштабы медицинской практики, и соответственно, привести навыки и знания сестринского персонала на уровень потребностей населения [55-56].

Для проводимых во многих странах реформ в области сестринского дела характерны следующие особенности. Во-первых, одной из обязательных подцелей их проведения является возрождение гуманистических принципов медицинской профессии. Во-вторых, обязательным условием проведения реформ в сестринском деле является их единая направленность с изменениями всей системы здравоохранения, например, укрепление первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), формирование здорового образа жизни населения, повышение качества медицинских услуг и др. В третьих, опыт проведения этих реформ свидетельствует о том, что изменения в сестринском деле должны начинаться с совершенствования управления сестринской деятельностью и информационного обеспечения этого процесса [57].

Стратегия развития сестринского дела должна соответствовать меняющимся потребностям здравоохранения, быть социально-приемлемой, и при этом гарантировать высокое качество оказания медицинской помощи населению. Необходимо понимать, что реформирование сестринского дела проводится не ради изменения сложившейся сестринской практики, оно является частью более широкого процесса перемен в обществе [58].

Опыт реформирования сестринского дела в различных странах показал, что изменение организации службы медицинских сестер в медицинских организациях на основе различных концепций и моделей сестринского дела, а также адекватная мотивация труда способствуют дальнейшему прогрессу в развитии сестринского дела [59].

Медицинские сестры-организаторы в настоящее время работают в условиях глубоких противоречий. С одной стороны, считается, что развитие сестринского дела – сравнительно новое, перспективное направление, с другой – на практике преобладает рутинный подход к сестринскому делу: медицинские сестры рассматриваются лишь как послушные исполнители.

Опыт отечественных и зарубежных реформ показывает, что медсестра с многоуровневой подготовкой выступает в роли менеджера, активно участвуя в рациональной организации лечебно-диагностического процесса, творческой личности, систематизирующей и индивидуализирующей уход за больными, активного члена лечебной бригады, грамотно и самостоятельно оказывающего помощь населению с использованием современных технологий сестринского процесса [60].

В настоящее время мировая история реформирования сестринского дела насчитывает несколько основных моделей развития. Так, усиление роли сестринства в США достигнуто за счет лидерства

МПСЗ в вопросах менеджмента медицинской помощи в медицинских организациях. В американской модели развития сестринства распределение ответственности и контроль за использованием ресурсов в больничных и амбулаторных учреждениях является prerogative МПСЗ [61].

В европейской (английской) модели развития сестринского дела медсестры самостоятельно ведут профилактическую деятельность, включая формирование здорового образа жизни, санитарно-просветительную работу и консультирование населения. Отличительной особенностью европейской модели является использование медсестер в медико-социальных службах и профилактических мероприятиях. Так, в скандинавских странах успешно внедряется модель самостоятельного ведения «здоровой беременности» и приема «здоровых родов» на дому. В последние годы в Англии и Швеции активно внедряется «интегрированная популяционная модель», базирующаяся на диспансеризации пациентов с отдельными социально значимыми заболеваниями (в основном, злокачественные новообразования). Действующим звеном в данной системе являются медсестры, осуществляющие вызов пациентов в МО, самостоятельный осмотр и назначение необходимых исследований в рамках доврачебного обследования. В Нидерландах медсестры работают по клиническим протоколам, которые включают назначение лабораторных исследований и проведение физического обследования, диагностику и лечение под контролем врача. В Финляндии медсестры ведут самостоятельный поликлинический прием больных с ХНЗ, ОРЗ, в их ведении находится охрана здоровья школьников, планирование семьи. Следует отметить, что в последние годы во всех европейских странах значительно расширен список лекарственных препаратов, самостоятельно назначаемых МПСЗ согласно клиническим протоколам. Соответственно и расширен объем клинических вмешательств, проводимых МПСЗ строго по клиническим протоколам [62-65].

В китайской модели развития сестринства роль МПСЗ усилена за счет расширения числа фельдшеров, ведущих самостоятельный прием на уровне ПМСП.

Следует отдельно понимать сестринские модели, определяющие цель и философию сестринской деятельности в определенных областях общественного здравоохранения, а также объемы сестринских манипуляций и их алгоритм. Среди них выделяют модели более широкого плана (модели Ф.Найтингейл, В.Хендерсон и др.) и более узкой специализации (модели оказания сестринской помощи больным с психическими заболеваниями, паллиативной помощи и др.). В моделях более широкого плана, которые можно назвать моделями «организации сестринства», авторы обосновывают образ мышления и действий МПСЗ по отношению к основным объектам сестринского дела - людям, окружающей среде, здоровью населения. Это метод организации и оказания сестринской помощи, включающий основные объекты – пациента, медсестру, взаимодействующих лиц. Так, разработанная в Швейцарии Концепция целостности и самопомощи, являющаяся по сути моделью «организации сестринства», ставит целью медсестринской практики поддержание пациента и его близких в борьбе с болезнями во взаимосвязи с изменением образа жизни. Обязанность медсестер состоит в оказании поддержки процессу сохранения, укрепления и развития здоровья [66-68].

В моделях более узкого плана, которых можно назвать моделями «сестринского процесса», авторы предлагают определенную очередность и содержание действий медсестры в определенной клинической ситуации, начиная от сбора информации и до оценки вмешательства.

Следует отметить, что в реформах сестринского дела особую роль играют различные общественные объединения (ассоциации и профсоюзы медицинских работников, медицинских сестер и др.). Так, деятельность Американской и Канадской ассоциаций медицинских сестер и других зарубежных сестринских объединений направлены на контроль не только вопросов профессионализма, но и улучшение социально-экономического статуса специалистов сестринского дела. При этом регулярно проводятся обучающие

семинары, издаются специализированные журналы для отдельных групп специалистов, осуществляются переговоры с работодателями и сотрудничество с различными учебными заведениями, предоставляется консультативная помощь членам ассоциации [69-72].

Медицинские сестры ни в нашей стране, ни в мире по-прежнему не играют заметной роли в формировании социальной политики в сфере здравоохранения. Традиционно сложившееся представление о медицинской сестре, как о помощника врача, выполняющей вспомогательные функции, недооценка научного анализа в управлении и организации работы среднего медицинского персонала, изъятие профессиональной подготовки медицинских сестер наносят урон престижу сестринского дела и ухудшению качества их деятельности.

Многие годы сестринскому делу не уделялось должного внимания. Это привело к значительному отставанию от развития современной науки и медицинских технологий, а также явилось причиной выбывания из профессии квалифицированного сестринского персонала, повсеместного снижения обеспеченности медицинской организации сестринскими кадрами, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, и, как следствие, ухудшения качества оказываемой медицинской помощи [73-75].

Стало очевидным, что условием качественных преобразований в сестринском деле является не только реформирование сестринского образования и всей системы управления сестринскими кадрами, но и развитие прикладных научных исследований в области сестринского дела. В связи с этим особая ответственность возлагается на медицинских сестер, а их профессиональная компетентность становится решающим фактором при организации научных исследований в области сестринского дела [76-79].

Научное исследование в сестринском деле – одно из новых направлений развития в этой профессии. Анализ зарубежного опыта подтверждает, что в результате внедрения сестринских исследований в практику происходят качественные изменения в оказании медицинской помощи населению: повышение удовлетворенности пациентов, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение числа осложнений и т.д. [80-82].

Развитию научных исследований за рубежом способствовали следующие факторы:

- медицинские сестры получают образование в колледжах и школах, которые, как правило, являются подразделением в составе университета, где традиционно развивается наука;
- доступность для медицинских сестер ученых степеней;
- материальная поддержка и стимулирование сестринских научных исследований со стороны профессиональных ассоциаций, различных фондов и системы грантов;
- самостоятельная частная практика в сестринском деле, с соответствующим нормативным обеспечением [83-84].

Представление о масштабах сестринских научных исследований можно получить из следующих фактов: в электронной базе поисковой системы Медлайн представлено 350 журналов по сестринскому делу; в Англии издается около 200 журналов по сестринскому делу; в регистр научных исследований в сестринском деле за 5 лет внесено более 20 тыс. новых публикаций. При этом в Канаде в 2005 г. 30% зарегистрированных медицинских сестер имели ученую степень бакалавра. В последние годы отмечается увеличение числа медицинских сестер с научными степенями бакалавра, магистра и доктора [85-86].

Научные исследования в области сестринского дела в Республике Казахстан пока еще необычно, новое, но в тоже время очень важное направление развития системы здравоохранения страны.

Таким образом, на основе анализа развития организации сестринского дела в нашей стране и за рубежом, выявлены некоторые общие закономерности и тенденции этого процесса на протяжении последних десятилетий. Медицинские сестры в большинстве стран мира составляют самую многочисленную армию работников здравоохранения, устойчиво определяя тем самым уровень и качество не только ПМСП, но и стационарной, специализированной помощи. В экономически развитых

странах с «продвинутой» медициной одним из путей улучшения качества оказания медицинской помощи населению является активизация деятельности медицинских сестер. При этом профилактика заболеваний, санитарно-просветительская работа, общественное здравоохранение являются прямыми сферами их деятельности.

Список литературы.

1. Бейсенова Г.С., Айдарбекова Ж.Д., Ахметова Р.Л. Высшее сестринское образование в Казахстане: проблемы и перспективы развития // Мейірім-Милосердие. – Алматы, 2004. - №1(14). – С.4-5.
2. Айдаралиев А.А. Научные основы оптимизации системы подготовки управленческих кадров здравоохранения Кыргызской Республики на современном этапе: автореф. ... докт.мед.наук: 14.00.33. - Бишкек: Кыргызская гос. мед. академия, 2002. – 30 с.
3. Аканов А.А., Кулжанов М.К., Камалиев М.А. Новое общественное здравоохранение в Казахстане // Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. - Алматы, 2005. - № 2-3. - С. 14-20.
4. Доскалпиев Ж.А., Айдарханов А.Т., Маджуга В.П., Ким С.В. Подготовка и расчет стоимости медико-экономических протоколов: метод.рекомендации. – Алматы, 2003. – 63 с.
5. Аканов А.А., Каптагаева А.К. Медицинское образование в Казахстане: настоящее и будущее. - Астана, 2005. – 163 с.
6. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Бурибаева Ж.К. Сестринское дело в Казахстане. - Астана, 2005. – 146 с.
7. Измухамбетов Т.А. Состояние сестринского дела в странах ЦАР: контуры будущего // WHO CAR News. – Женева, 2001. - №7(35). – С.2-7.
8. Жүзжанов О.Т., Каирбекова С.З., Муратбекова С.К., Пягай Н.П. Компетентностный подход подготовки специалистов системы здравоохранения в Республике Казахстан. – Астана, 2006. – 270 с.
9. Бурибаева Ж.К. Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико-санитарной помощи: автореф. ... докт.мед.наук: 14.00.33. - Алматы: ВШОЗ, 2008. – 45 с.
10. Тулебаев К.А. Научное обоснование реформирования и развития ПМСП в Казахстане в условиях перехода к рынку: автореф. ... докт.мед.наук: 14.00.33. - Алматы: ВШОЗ, 1999. – С.44.
11. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий / пер. с англ. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 432 с.
12. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо: доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Женева: ЕРБ ВОЗ, 2008. - 125 с.
13. Щепин О.П. Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения // Матер. 4-й научно-практ.конфер. – М., 2001. – 245 с.
14. Двойников С.И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // Медицинский вестник. – 2003. - №1. – С.1-2.
15. Антропов В.В. Медицинское страхование в Германии // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 4. – С. 16-21.
16. Алексеева М. Реформирование системы здравоохранения Франции // Главврач. – 2004. - № 1. – С. 62-70.
17. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе?: (опыт Финляндии) // Неврология и психиатрия. – 2003. - № 9. – С. 65-74.
18. Taskin L. Турция: акушерская практика // Здравоохранение в переходный период. – Женева: ЕРБ ВОЗ, 2000. - С. 12-13.
19. Щепин В.О., Тишук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. - № 5. – С. 43-50.
20. Mangiaterra V. Роль медсестры и акушерки в осуществлении перинатального ухода в современной Европе // Здравоохранение в переходный период. – Женева: ЕРБ ВОЗ, 2000. – С. 2-5.

21. Мартикайнен П. Основы сестринского дела // Медицина Карелии. - М., 2004. – 24 с.
22. Артемова Л.А. Организация медицинской помощи в США // Главврач. – 2005. - № 6. – С. 97-101.
23. Цзихуа У. Формирование современной системы социальной защиты в Китае: пути совершенствования // Главврач. – 2005. - № 3. – С. 104-107.
24. Слепушенко И.О. Сестринское дело: итоги реформирования и перспективы // Сестринское дело. - 2002. - №3. - С.6-8.
25. Стуколова Т.И., Саркисова В.А., Лапотников В.А. О новом месте медсестры в Российском здравоохранении // Сестринское дело. - 2002. - №22. – С.4-5.
26. Dahlgren G., Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health // Studies on social and economic determinants of population health. - World Health Organization, 2006. - №3. – 99 p.
27. Finnie A. Role definition and structured progress for tissue viability nurses // British journal for nurses. - 2001. - №28. - P.6-7.
28. French D.G., Wolfe E.S. National emergency: implication for military nurse reservists and civilian health care organizations // Nurses administrative quality. - 2002. - №26(4). - P.26-32.
29. Шахова С.А. Программа обучения кадров для учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов: (с использованием опыта Великобритании) // Работник социальной службы. – 2004. - № 1. – С. 88-107.
30. Fawcett-Henesy A. Здоровое начало жизни // Здравоохранение в переходный период. – Женева: ЕРБ ВОЗ, 2000. - Выпуск 1. – С.1-2.
31. Свистунова С. Шведский парадокс: повышение качества и продолжительности жизни // Журналист. - 2005. - №9. - С. 72-74.
32. Фостер С., Лейнг Р., Филли Р., Алкенбрак С. ПМСП: обзор современных тенденций развития. – Алматы: Проект ЗдравПлюс, 2003. – 48 с.
33. Freeman L.H., Voignier R.R., Scott D.L. New curriculum for a new century: beyond repackaging // Journal of nursing education. - 2002. - №41(1). - P.38-40.
34. Хеннеси Д., Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе // Медицинские знания. - 2003. - №2. - С.31-32.
35. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Исина З.Б. Теория и практика организации здравоохранения. - Алматы, 2003. – 64 с.
36. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Бурибаева Ж.К. Сестринское дело: теория делегированной компетенции. - Астана, 2006. – 175 с.
37. Кушкян А.М. Методологические и организационные аспекты подготовки медицинских сестер-бакалавров в условиях реформирования здравоохранения Республики Армения: автореф. ... канд. мед.наук: 14.00.33. – Ереван: Нац. институт здравоохранения, 1998. – 27 с.
38. Weis D.M., Schank M.J., Coepel A., Matheus R. Parish nurse practice with client aggregates // Community health nurses. - 2002. - №19 (2). - P.13-15.
39. Карпова И.П. Научное обоснование оптимизации управления сестринской медицинской помощью населению (на примере Читинской области): автореф. ... канд.мед.наук: 14.00.33. – Хабаровск: Иркутский гос. институт усовершенствования врачей, 2008. – 27 с.
40. Phillips C.Y., Palmer C.Y., Zimmerman B.J. & Mayfield, M. Professional Development: Assuring growth of RN to BSN students // Journal of nursing education. - 2002. - №41(6). - P.286-289.
41. Donley R., Flaherty M.J. Revisiting the American Nurses Associations first position on education for nurses // Issues nurses. - 2002. - №27(2). - P.2.
42. Ramcharan P., Ashmore R., Nicklin L., Drew J. Nursing scholarship within the British university system // British journal of nurses - 2001. - №10(3). - P. 196-202.
43. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality // Journal of the American Medical Association. – 2003. - №24(290). - P. 1617-1623.
44. Macintosh J. Gender-related influences in nursing education // Professional nurses. - 2002. - №218(3). - P.170-175.

45. Lawrence W. Green, Marshal W. Kreuter. Health promotion planning // An educational and environmental approach. - 2000. - 298 p.
46. Watson R., Stimpson A., Topping A., Porock D. Clinical competence as-assessment in nursing: a systematic review of the literature // *Adventives nurses*. - 2002. - №239(5).- P.421-431.
47. Каллистер Л.К., Гетьманенко Н.И. Профессиональная подготовка высокопрофессиональных медсестер: сестринское образование в США // *Высшее сестринское образование: проблемы и перспективы*. - Санкт-Петербург, 2004. - С.14-20.
48. Аверин А.В., Туркина Н.В. Сестринское дело в Канаде // *Медицинская помощь*. - 2006. - № 1. - С. 37-39.
49. Ронжина Л.Г. Сестринское дело в Канаде // *Сестринское дело*. - 2003. - № 6. - С. 18-19.
50. Задворная О.Л. Научное обоснование путей совершенствования управления кадровым потенциалом среднего звена в ЛПУ: автореф. ... докт. мед. наук. - М., 2000. - 36 с.
51. Садреева С.Х. Концептуальные и организационные подходы к формированию среднего медицинского персонала для службы общей врачебной практики: автореф. ... докт. мед. наук. - М., 2002. - 44 с.
52. Горбач Н.А. Научное обоснование социально-гигиенических, медико-организационных и социально-психологических подходов оптимизации системы этапного формирования кадров: автореф. ... докт. мед. наук. - Кемерово, 2002. - 48 с.
53. Павленко Т.Н. Сестринское образование в России: подготовка и роль преподавательских кадров: дисс. ... докт. мед. наук. - Оренбург, 2003. - 352 с.
54. Джабаров Т.С. Научное обоснование совершенствования организационных форм непрерывного последипломного образования медицинских сестер: автореф. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2002. - 18 с.
55. Блохина М.В. Научно-методические подходы к совершенствованию системы подготовки менеджеров с высшим сестринским образованием в свете реформирования здравоохранения: автореф. ... канд. мед. наук. - Киев, 2002. - 17 с.
56. Петухов В.Д. Научное обоснование реформирования деятельности и подготовки средних медицинских работников в современных условиях развития здравоохранения: автореф. ... канд. мед. наук. - М., 1999. - 24 с.
57. Степанов В.В. О состоянии научных исследований по организации работы среднего медицинского персонала // *Главная медицинская сестра*. - 2006. - №21. - С.87-92.
58. Перфильева Г.М., Камынина Н.Н., Туркина Н.В. и др. Научные исследования в сестринском деле: история вопроса // *Медицинская сестра*. - 2006. - №3. - С.41-44.
59. Smith P., Masterson A., Basford L. and all. Action research: a suitable method or promoting change in nurse education // *Nursing education today*. - 2000. - №220(7). - P.563-570.
60. Makimoto K. What nurses can do in a rapidly aging society? *Nursing care and research issues // Nurses health*. - 2002. - Aug. - №4(3). - P.2-3.
61. Loiselle C.G., Profertto- McGrath J., PoHt D.F., Beck C.T. Canadian essentials of nursing research. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. - 99 p.
62. Feldman H.R., Acord L. Strategies for building faculty research programs in institutions that are not research intensive // *Professional nurses*. - 2002. - №18(3). - P.140-146.
63. Аканов А.А., Хамзина Н.К., Чукмантов А.С. Медицинское образование в США: опыт для Казахстана. - Астана, 2005. - 98 с.
64. Курков А.Н. Проблемы управления здравоохранения // *Общественное здравоохранение - государственный ресурс (краткий аналитический обзор проблемы)*. - 2002. - №2(3). - 99 с.
65. Пилищевич Н.Н., Шарабчиев Ю.Т., Цыбин А.К., Малокова Л.Е. Современные тенденции и опыт реформирования здравоохранения за рубежом. - Минск: Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, 1997. - 99 с.
66. Саваш С. Реформа систем здравоохранения в ЦАР. - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. - 15 с.
67. Hirschfeld M. et al. Nursing personnel resources: results of a survey on perceptions in ministries of health on nursing shortage, nursing education and quality of care. - Geneva: WHO, 1993. - 99 p.
68. Papers from the Alberta Association of Registered Nurses health information: nursing components working session. - Edmonton: Alberta Association of Registered Nurses, 1993. - 88 p.
69. Summary of country profiles on nursing and midwifery in Member States of the WHO European Region. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.
70. Саркисова В.А. Роль главной медицинской сестры в здравоохранении // *Главная медицинская сестра*. - 1999. - №10. - С.12-14.
71. Блохина М.В., Вахитов Ш.М., Сираева М.М. Управление сестринским персоналом лечебно-профилактических учреждений в современных условиях // *Общественное здоровье и здравоохранение*. - 2004. - №2. - С. 44-46.
72. Блохина М.В. Современные подходы к управлению сестринским персоналом // *Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции «Молодые ученые в медицине»*. - Казань: «Карпол», 2004. - С.15-16.
73. Ефимова Н.А., Камеев И.А., Поздеева Т.В. и др. Актуальные вопросы кадрового обеспечения здравоохранения // *Здравоохранение Рос. Федерации*. - 2003. - №1. - С.25-27.
74. Манерова О.Л. Об основных направлениях кадровой политики в здравоохранении // *Проблемы управления здравоохранением*. - 2004. - №6. - С.29-33.
75. Павленко Т.Н. Реформа сестринского образования и преподавательские кадры // *Специалист*. - 2001. - №8. - С.15-16.
76. Жихарева Е.Г., Белых Т.Н., Белоусова Т.Н. Инновации в сестринском образовании и практическом здравоохранении // *Сборник сестринского дела: проблемы, перспективы, эффективные технологии*. - Омск, 2004. - С.125.
77. Пархалин В.П., Голдина Е.А. Сестринское образование: вчера, сегодня, завтра // *Медицинская сестра* - 2007. - №9. - С.11-14.
78. Блохина М.В., Вахитов Ш.М. Управление кадрами здравоохранения с позиций современного менеджмента и развития сестринского дела // *Сборник материалов «Актуальные проблемы совершенствования системы здравоохранения»*. - Казань, 2005. - С. 23 - 25.
79. Скоморова О.В., Егорова Л.А., Дружинина Т.В. и др. Формирование кадрового резерва // *Главная медицинская сестра*. - 2006. - № 4. - С. 80-95.
80. Фатыхов Р.Р. Концепция кадровой политики и кадровый потенциал здравоохранения // *Главврач*. - 2004. - №6. - С.61-64.
81. Астахов А.Р. Кадровая проблема: правовые вопросы и пути реализации // *Экономика здравоохранения*. - 2004. - №3. - С.31-34.
82. Оков С.Б., Кошеутов Ю.В. Кадровая политика в отдельно взятом ЛПУ: практический опыт // *Здравоохранение*. - 2003. - №9. - С.173-179.
83. Блохина М.В. Организация обучения сестринского персонала на рабочем месте - структурный элемент системы управления кадрами ЛПУ // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы развития восстановительной медицины и профилактики важнейших неэпидемических заболеваний»*. - Казань-Москва, 2004. - С. 155 - 157.
84. Блохина М.В., Карасева Л.А., Двойников С.И., Вахитов Ш.М. Методика деловой оценки различных категорий сестринского персонала: методические рекомендации. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2006. - 59 с.
85. Бурибаева Ж.К. Показатели оценки качества медсестринской деятельности // *Сборник трудов междунард. конференции «Современные проблемы теоретической и клинической медицины»*. - Алматы, 2004. - С.15-16.
86. Frauman A.C., Gilman C.M. Identification and measurement of nurse sensitive outcomes in pediatric nephrology nursing // *Nephrology nurses journal*. - 2001. - №28 (4).- P. 395-399.