

Медицинская сестра: личностные особенности, способствующие конфликту

Т.В. Матвейчик

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь,
e-mail: matveichik51@rambler.ru

Сведения об авторе

Матвейчик Татьяна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Республика Беларусь, e-mail: matveichik51@rambler.ru

Резюме

Одной из этических и нравственных проблем современного медицинского коллектива является обучение приемам культурного взаимодействия медицинских сестер (МС) с пациентами любого типа, с коллегами разного уровня культуры, образования, опыта, возраста, особенностей характера [1–3]. Обучение основам эффективной коммуникации, правилам поведения в конфликте, а в идеале – предупреждение деструктивного взаимодействия возможно совместными усилиями педагогов на всех этапах получения медицинского образования [4, 5]. Это подчеркнуто в докладе ВОЗ [6] и поддержано Международным Советом МС и Международной конфедерацией акушерок. На качество медицинской помощи влияют не только организационные, административные, правовые требования, но и личностные особенности МС, усугубляемые эпидемиологической ситуацией пандемии COVID-19 [7–10].

Ключевые слова: взаимодействие, конфликт, медицинская сестра, особенности общения, эффективная коммуникация.

Для цитирования: Матвейчик Т.В. Медицинская сестра: личностные особенности, способствующие конфликту. Медицинская сестра. 2022; 24 (5): 25–29. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-05-05>

A nurse: personal characteristics contributing to a conflict
Tatyana Matveychik

State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Minsk, Republic of Belarus

Information about the author

Matveychik Tatsiana Vladimirovna, Candidate of Medical Sciences, associate professor, Department of Health and Health Care, State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Republic of Belarus

Abstract

Teaching the methods of cultural cooperation between the nurses, their patients and their colleagues of various levels of culture, education, experience, age and personal characteristics is one of the ethical and moral problems of a contemporary medical team [1–3].

Teaching the basic principles of effective communication, rules of behavior in a conflict (ideally, preventing destructive interaction) is possible with joint efforts of teachers at all stages of receiving medical education

[4, 5]. This was emphasized in the WHO report [6] and supported by the International Nursing Council and International Confederation of Midwives. The quality of health care is influenced not only by organizational, administrative and legal requirements, but also by personal characteristics of nurses, which are aggravated by the epidemiological situation with the Covid-19 pandemic [7–10].

Key words: interaction, conflict, nurse, peculiarities of communication, effective communication.

For citation: Matveichyk T.V. A nurse: personal characteristics contributing to a conflict. Meditsinskaya sestra (The Nurse). 2022; 24 (5): 25–29. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-05-05>



Цель исследования: изучение методов по улучшению качества медицинской помощи, пониманию воздействия стресса, культуры и уровня профессионального образования МС на взаимодействие с пациентом, что поможет определить направления образования в области эффективной коммуникации (ЭК) и конфликтологии и стать методом воздействия на снижение конфликтов между МС и пациентом.

Задачи: изучение и анализ основных причин конфликтности главных (старших) МС, поиск методов воздействия на них для улучшения практического взаимодействия с пациентом.

Материал и методы: статистический, социологический (анкетирования), аналитический.

Результаты и обсуждение. Медицина является областью, затрагивающей важнейшие интересы каждого человека — жизнь и здоровье, поэтому не может существовать без конфликтов. В защите интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти разумные границы, что понимают профессиональные медицинские работники.

Согласно ряду источников, принцип сдержанности и умение МС управлять своими эмоциями в процессе взаимодействия с пациентами, а также недопущение негативного влияния личных, семейных и других обстоятельств на исполнение должностных обязанностей МС и Пвр является тренируемым навыком противостояния стрессу [3,9–

11]. Ресурсы преодоления стресса, которые может и должен использовать специалист при оказании медицинской помощи, состоят в позитивности и рациональности мышления, присущем МС здравомыслию, эмоционально-волевым качествам, физическим ресурсам (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности, мотивация к здоровому образу жизни) [12; эл. рес.1–5].

Исследования, касающиеся особенностей конфликтности для коммуникации МС необходимы для обучения эффективного взаимодействия. «Мы привыкли думать, что, возражая кому-то, мы неминуемо вступаем с этим человеком в конфликт, который обязательно должен выявить победителя и побежденного или ущемить чье-то самолюбие. Но давайте не будем воспринимать все в таком свете. Давайте всегда искать между нами что-то общее. Секрет успеха заключается в том, чтобы с самого начала проявить заинтересованность в точке зрения собеседника. Я совершенно уверен, что это под силу каждому из нас», пишет Далай Лама.

Профессионализм в общении МС с пациентами или коммуникативная компетентность, ставится для клинической практики на один уровень с такими компетенциями, как базовые научные знания, клиническое мышление и практические навыки [2,3; эл. рес.2–4]. Анализ публикаций позволил выявить дефицит литературы, касающейся особенностей коммуникации МС организаций здравоохранения, влияющих на качество лечения и оздоровления населения.

Одним из четырех универсальных этических принципов (помимо милосердия, справедливости и автономии) является полнота предоставления медицинской помощи, подразумевающая ее профессиональное оказание; профессиональное отношение к пациенту; применение всего имеющегося арсенала здравоохранения по проведению качественной диагностики и лечения; реализацию профилактических мер и оказание паллиативной помощи [эл. рес.1,5].

Исследований и литературы, способствующей осознанию средними медицинскими работниками личностных особенностей, приводящих к конфликту, недостаточно, в связи с чем, целесообразным становится изучение проблемы конфликтного взаимодействия в медицинской среде на научной основе. Преодолению разрыва от научных исследований к доказательным сестринским практикам способствует деятельность международных организаций, свидетельствующая о внимании к выбору правильного вектора движения в развитии сестринского дела в 141 государстве мира [6,11].

Результаты и их обсуждение. Взаимоотношения с людьми и специфические условия деятельности МС могут становиться причинами возникновения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), как и неумение выстраивать успешные взаимоотношения.

ЭК предполагается как свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели, для осуществления которой коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, помогающим задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

МС вынуждены находиться в атмосфере чужих негативных эмоций; одновременно сочувствуя и успокаивая, они могут становиться мишенью для выражения раздражения

и агрессии пациентов и их родственников [5, 8; эл. рес.1–4]. Человек устроен так, что не может оставаться абсолютно равнодушными к эмоциональным всплескам со стороны окружающих, он как будто бы «заражается» ими или возвращает обратно («отзеркаливает»). Профилактика СЭВ в профессиональной деятельности главных МС-руководителей и средних медицинских работников особенно актуальна в период эпидемиологической нестабильности, а также из-за возрастания профессиональной ответственности, обусловленной приходом новых технологий [1, 5, 6, 9, 10, 13, 14].

За период 2019–2020 гг. на основе анкетирования 146 обучающихся главных (старших) МС из всех регионов Республики Беларусь на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последилового образования проведен анализ возможных причин конфликтности главных МС и кадрового резерва. Установлено, что средний возраст анкетированных лиц составил 43,8 года. В основном это были жители города – 71,6% и городских поселков 25,3%, проживающих в селе было 3,1%, с преимущественно средним специальным медицинским образованием – 75,7%, высшее было у 24,3% МС.

С целью выявления косвенных факторов, могущих повлиять на уровень конфликтности, определялся семейный статус, большая часть МС была замужем – 68,7%, но у определенной группы анкетированных семьи не было, что могло быть провокатором негармоничных взаимоотношений МС с пациентами. Не было семьи среди 31,3% анкетированных МС (не замужем – 26,3%; развод – 3,0%; вдова – 2,0%). Замужние анкетированные МС отметили высокую удовлетворенность браком – 96,4%, часть анкетированных отметок об этом не сделали – 3,6%.

Наличие детей в семье может влиять на занятость МС не только при осуществлении профессиональных функций, но и в связи с семейными нагрузками. Установлено, что для 40% МС число детей – двое, у 3,4% имеется трое детей и у такого же числа по одному ребенку. Семья без детей имела место у 20% (причины не уточнялись).

Изучалась удовлетворенность работой, которую испытывают 56,7% анкетированных МС, а 43,3% отмечают не удовлетворенность, что является местом воздействия через мотивацию. Удовлетворение работой и браком среди замужних МС наблюдается среди 90,0% анкетированных, не удовлетворены собственной работой и браком 10,0% МС.

Понимание предпочтительности наиболее часто избираемых главными МС стратегий полезно для предупреждения или разрешения конфликта. Установлено, что тактикой приспособления пользуются 46,7% анкетированных, сотрудничество предпочитают 46,7% МС. Тактику преодоления конфликта избеганием используют в повседневной работе 36,7% обследованных лиц, борьбу – 16,6% анкетированных сестринских руководителей. Уход как предпочтительный вариант выхода из конфликта выбрали 10% главных (старших) МС, а компромиссом воспользовались 10% анкетированных.

Полезным для выполнения цели исследования стало изучение предпочтительных способов организации главной МС своей деятельности на рабочем месте, поскольку основные участники анкетирования – руководители тактического и операционного уровней управления. По тесту организованности у 80,4% анкетированных МС нет четкой самоорганизации, либо самоорганизация есть, но страдает

личная организация работы – у 0,03%. Остальные 19,6% анкетированных лиц не имеют навыков личной организованности.

По результатам исследования личностных особенностей МС (подтверждаются исследованиями авторов Карасева Е.А., Огнерубова Н.А., Кузнецова А.В., 2018) установлено следующее.

1. Возраст анкетированных МС 43,8 лет благоприятен для высокой потребности учиться, и лежит в диапазоне 28–54 лет. Изучение влияния возраста на желание профессиональных достижений, осуществленное в 2019 г., свидетельствует о выявленной достоверно значимой по критерию χ^2 закономерности, влияющей на потребность в успехе у МС в возрасте 26–45 лет против 46–55-летних. На показатель желанности высоких достижений у опытных 46–55-летних МС может влиять уровень признания обществом и близким окружением их вклада и профессионализма, этим объясним невысокий показатель низкой потребности в успехе среди категории 26–45-летних анкетированных МС. Возраст значимо влияет на потребность МС в успехе, что следует использовать как фактор мотивации к учебе для достижений.

2. Для мотивации 43,3% главных (старших) МС к успешному развитию в рамках профессии необходимо включение всех трех форм мотивации с такими базовыми факторами (по У. Херсбергу) как компенсационные, организация рабочего места, материальные, информационные. Побудительные мотивы наиболее востребованы у МС в тренингах личностного, профессионального роста, творческой самореализации. Нематериальная мотивация, применяемая в обучении главных МС в виде развития организационной культуры, навыков коммуникации, соревнования, проходит в русле современной социальной политики государства. Предпочтительным, по мнению средних медицинских работников, в настоящее время является материальный стимул.

3. Семья является важной частью жизни средних медицинских работников, в связи с чем, гармонизация законодательства в части защиты семьи и ее ценностей для 31,3% анкетированных МС могло бы стать побуждением к укреплению сексуальных отношений браком и последующим рождением детей.

4. Используемые 46,7% МС методы сотрудничества и приспособления поведения в конфликте с пациентом (врачом, коллегой) являются платформой для гармонии взаимодействия в коллективе. Способ компромисса или ухода от конфликта 10% МС имеет место в силу понимания МС зависимой позиции в общении с врачом и пациентом.

5. Установлено, что 16,6% МС используют борьбу как предпочтительную тактику поведения в конфликте, подтвержденную ранним исследованием о том, что 20% МС имеют заниженный уровень самооценки. Это указывает на область педагогического воздействия не только в период учебы, но и в ходе практической деятельности МС и Пвр, нуждающихся в благодарности и похвале.

6. Предпочтительные способы организации деятельности у 80,4% анкетированных МС, имеющих нечеткую самоорганизацию работы, а также у 19,6% МС, не имеющих навыков организации работы, открывают поле для образования в области менеджмента и ЭК. Это возможно в системе дополнительного образования взрослых при условии увели-

чения количества часов на курсах повышения квалификации для сестринских руководителей.

Способ превращения энергии конфликта в энергию сотрудничества важен для успешного взаимодействия медицинских работников, он позволяет апеллировать к солидарности и сотрудничеству с другим человеком в противовес озлоблению и жесточечности, привносимой болезнью одного из участников общения.

Изменения в области навыков общения людей позволяют сделать вывод о необходимости обучения врачей и средних медицинских работников новым научным исследованиям в области врачебной модели общения (традиционной) и ее отличиям от современной пациент-ориентированной модели общения (партнерской) (табл. 1).

В ходе профессиональной деятельности медицинские работники воспринимают сигналы от приборов (инструментов) одновременно с симптомами поведения пациента (вербальными и невербальными), что усложняет их деятельность и может приводить к конфликтам. Со словесной частью взаимодействия общение с пациентом упрощается благодаря сравнительной характеристике врачебной модели (традиционной) и пациент-ориентированной модели общения (партнерской) (табл.1). Целостное поведение пациента в определенный период времени тоже нуждается в оценке и ситуативном поведении медицинского работника для улучшения качества общения.

По признаку преобладания у пациента того или иного состояния врач и МС должны различать:

- состояния эмоционально-волевые;
- состояния с доминированием восприятия и ощущения;
- состояния внимания (рассеянность, сосредоточенность);
- состояния, для которых характерна мыслительная деятельность (задумчивость, озарение, вдохновение) (Вайнштейн Л.А., Гулис И.В., 2018).

Во взаимодействии врача (МС) с пациентом можно выделить психические состояния (по Асееву В., 2018):

- состояния относительно устойчивые во времени (удовлетворенность работой, интерес или безразличие к труду);
- временные состояния (вследствие напряжения);
- периодически возникающие состояния в ходе общения (пониженная готовность к общению, «вработывание», усталость).

Под умеренным напряжением понимается активность и мобилизация пациента, лучшим является умеренное напряжение, сопровождаемое хорошим самочувствием, умеренными физиологическими изменениями, стабильным выполнением работы с разумным чередованием с отдыхом [12; эл. рес.2,3].

Повышенное напряжение возникает, если пациент попадает в экстремальные условия и выходящие за пределы физиологической нормы (при заболевании). Его повышают несоответствие условий труда, страх, дефицит времени, повышенный риск ошибки, помехи, избыток информации, противоречивые указания [эл. рес.2,3]. Сюда относят интеллектуальное или сенсорное напряжение, монотонию (однообразная работа), политонию (необходимость частых переключений внимания), физическое (избыток физической нагрузки) или эмоциональное напряжение (риск конфликтов или аварии), напряжение ожи-

Таблица 1.

Особенности, отличающие врачебную модель общения (традиционную) от пациент-ориентированной модели общения (партнерской)

Table 1.

Features distinguishing the doctor's (conventional) from patient-oriented (partnership) model of communication

Особенности	Традиционная модель	Партнерская модель
Поведение врача	Патернализм, внимание к заболеваниям, имеющим приоритет у врача	Первоочередное внимание потребностям пациента
Поведение пациента	Пассивные ответы, взаимодействие ограничивается рамками вопросов врача	Готовность к совместному общению и желание нести ответственность за здоровье наравне с врачом, длительные личные отношения
Качество жизни	Приоритеты расставляет врач, эпизодическая медицинская помощь в борьбе с заболеванием	Приоритеты расставляет пациент, всеобъемлющая непрерывная помощь
Содержание подхода к взаимодействию	Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения	Языковое поведение, использование пациентом невербальной коммуникации, учет культурных установок, воззрения на причинность, ожидания, особенностей возраста, пола и пожеланий пациента. Разделенная с пациентом ответственность за состояние здоровья членов общины на протяжении жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Навыки общения	Включают содержание и формы взаимодействия, а проверки восприятия информации пациентом нет	Врач (МС) и пациент являются партнерами. Присутствуют навыки содержания беседы, формы взаимодействия, но добавляется проверка восприятия через контроль понятий пациентом предположений врача, пациент участвует в решении вопросов собственного здоровья
Особенности общения в зависимости от возраста	Эйджизм в отношении престарелых пациентов	Уважительное отношение
Предложения по сообщению неблагоприятной информации	Прямой подход (новость сообщают в первые 30 сек), постепенный подход (новость сообщают в первые 30–120 сек)	Уклончивый поход (более 2 мин. описание события, оттягивает факт негативной информации или избегает четкого обозначения смысла)
Современный подход к трансляции негативной информации	Объявлять правду в зависимости от пожеланий родных	Объявлять правду в зависимости от пожеланий пациента
Направление сестринских вмешательств	Удовлетворение пожеланий пациента	Удовлетворение сиюминутных пожеланий пациента с учетом жизненного опыта (адапционно-ситуативная модель ухода за пациентом)

Таблица 2.

Классификация психических состояний (Вайнштейн Л.А., Гулис И.В., 2018)

Table 2.

Classification of mental disorders (Vainschtein L.A., Gulis I.V., 2018)

Основание для классификации	Виды психических состояний (крайние формы)	Виды психических состояний (переходные формы)
Источник формирования	Ситуативные (реакция на брань)	Личностно обусловленный (эмоциональная вспышка холерика)
Степень выраженности	Поверхностные (настроение)	Глубокие (страсть)
Эмоциональное воздействие	Положительные (вдохновение) или нейтральные (равнодушие)	Отрицательные (апатия)
Длительность	Кратковременные (секунды, минуты) (аффект) или средней длительности (минуты, часы) (страх)	Продолжительные (часы, дни) (монотония, скука, депрессия)
Степень осознанности	Не осознанные (транс, сон)	Осознанные (решительность)
Степень активации организма	Астенические (усталость)	Стенические (ярость)
Преобладание рассудочного или эмоционального компонента	Эмоциональные (страх) или комбинированные (мобилизация)	Интеллектуальные (сосредоточенность)
Ведущий уровень системного проявления	Физиологические (голод) или психофизиологические (страх)	Психологические (воодушевление)

дания (прогноза), мотивационное утомление (выбор решения) или утомление как следствие временного снижения трудоспособности.

При взаимодействии с пациентом МС следует понимать, насколько зрелой в социально-психологическом плане личностью является его собеседник, поэтому классификация психи-

ческих состояний, позволяет глубже понимать внутренние побуждения к обращению пациента (табл. 2).

Период зрелости человека совпадает с трудовой социализацией, когда воздействие на окружение пациент осуществляет посредством своего опыта жизни в обществе, обуславливающего его поведение (идентификацию, подражание, внушение, соци-

альную фасилитацию, конформность) [3,10; эл. рес.1]. Все эти механизмы влияют на поведение и взаимодействие пациента с МС. Чеповой В. считает: «Как только ты научишься зеркально смотреть на конфликтную ситуацию – не погружаясь в неё по уши, а созерцая ее со стороны – то поверь, она непременно разрешится с минимальными потерями для тебя! Надо всего лишь поставить себя на место другого человека и представить: а что бы ты сам сделал или захотел сделать в данном случае?»

Выводы. Современные образовательные технологии являются действенным способом воплощения идеи непрерывного образования в медицине. Воспитание профессиональных навыков, необходимых для оказания качественной медицинской помощи, применения ситуационного подхода к решению проблем пациента при использовании непрерывной профессиональной динамики приобретаемых МС знаний *life-long learning* (обучение на протяжении всей жизни) реализуется в Республике Беларусь как основная идея совершенствования сестринского дела.

На поведение и взаимодействие пациента в кабинете врача влияет множество факторов, одним из которых является личностные особенности МС. Чеповой В. считает: «Как только ты научишься зеркально смотреть на конфликтную ситуацию – не погружаясь в неё по уши, а созерцая ее со стороны – то поверь, она непременно разрешится с минимальными потерями для тебя! Надо всего лишь поставить себя на место другого человека и представить: а что бы ты сам сделал или захотел сделать в данном случае?». Еще одним посылом для личностного саморазвития МС может служить мнение Генри Форда: «Если и есть какой-либо секрет моего успеха, то он заключается в умении понять взгляды другого человека и научиться смотреть на вещи, как с его, так и со своей точки зрения».

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.

The article is not sponsored.

Литература

1. Состояние сестринского дела в мире 2020 г. Вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров [Электронный ресурс]: резюме / Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003378-rus.pdf>. – Дата доступа: 06.04.2022.
2. Матвейчик Т.В. Белорусская медицинская академия последипломного образования – медицинским сестрам Республики Беларусь. Мир медицины. 2020; 12: 2.
3. Матвейчик Т.В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении. Семейный доктор. 2020; 2: 54–8.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. Минск: РНМБ; 2010–2019.
5. Матвейчик Т.В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее. Минск: Ковчег; 2020. 223 с.
6. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] / БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Дата доступа: 22.10.2019.
7. Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И. и др. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее. Минск: Минсктиппроект; 2012. 320 с.
8. Матвейчик Т.В., Шишко Г.А. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста. Минск: Ковчег; 2019. 290 с.
9. Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Романова А.П. и др. Содействие здоровому образу жизни. 2-е изд., испр. Минск: РИПО; 2014. 276 с.
10. Матвейчик Т.В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника. Минск: БелМАПО; 2019. 120 с.
11. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 26 декабря 2006 г. №1728 «Об утверждении Положений и о внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Совета Министров Республики Беларусь по вопросам обеспечения государственной защиты детей, оставшихся без попечения родителей».

12. Матвейчик Т.В., Вискуб Ю.В., Русак С.М. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе. Минск: Ковчег; 2018. 288 с.

13. Матвейчик Т.В., Кралько А.А., Иванова В.И. и др. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства. Минск: РНМБ; 2012. 160 с.

14. Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее. Минск: БелМАПО; 2014. 34 с.

15. Матвейчик Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре. Минск: БелМАПО; 2020. 203 с.

16. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М., Делендик Р.И. и др. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций. Минск: БелМАПО; 2017. 338 с.

17. Матвейчик Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы. Минск: Ковчег; 2018. 171 с.

18. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Минск: БелМАПО; 2013. 184 с.

19. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М., Мезина Э.В. Сестринское дело в XXI веке. Минск: БелМАПО; 2014. 303 с.

20. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 96 с.

21. Бондаренко И.А., Воеводина С.С., Гетман Е.П. и др. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект / под ред. И.А. Бондаренко, О.А. Подкопаева. Самара: Поволж. науч. корпорация; 2018. 316 с.

22. Обеспечение сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ; 2018. 48 с.

References

1. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Electronic resource]: rezyume / Vsemir. org. zdravoohraneniya. – Mode of access: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003378-rus.pdf>. – Date of access: 06.04.2022.
2. Matvejchik T.V. Belarusian medical academy of postgraduate education – nurses of the Republic of Belarus. Mir medicine. 2020; 12: 2.
3. Matvejchik T.V. International organizations on the role of nurses in health care. Semejnij doktor. 2020; 2: 54–8.
4. Health care in the Republic of Belarus: ofic. stat. sb. / M-vo zdravoohraneniya Resp. Belarus', Rosp. nauch.-prakt. centr med. tehnologii, informatizacii, upr. i ekonomiki zdravoohraneniya. Minsk: RNMB; 2010–2019.
5. Matvejchik T.V. Transformation of nursing education in the history of Belarus: from the experience of the past – a step into the future. Minsk: Kovcheg; 2020. 223 p.
6. Member states of the WHO Regional office for Europe sign the Minsk declaration [Electronic resource] / BELTA. Belarus. telegraf. agentstvo. – Mode of access: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Date of access: 22.10.2019.
7. Zharko V.I., Malahova I.V., Novik I.I. et al. Health care of the Republic of Belarus: past, present and future. Minsk: Minsktipproekt; 2012. 320 p.
8. Matvejchik T.V., Shishko G.A. Organizational, social, clinical aspects of early childhood care. Minsk: Kovcheg; 2019. 290 p.
9. Matvejchik T.V., Ivanova V.I., Romanova A.P. et al. Promoting a healthy lifestyle. 2-e izd., ispr. Minsk: RIPO; 2014. 276 p.
10. Matvejchik T.V. Prevention of social orphanhood in the activities of a nurse and a social worker. Minsk: BelMAPO; 2019. 120 p.
11. Postanovlenie Soveta Ministrov Respubliki Belarus' ot 26 dekabrya 2006 g. №1728 «On the approval of the Regulations and on the introduction of amendments and additions to some resolutions of the Council of Ministers of the Republic of Belarus on the issues of ensuring state protection of children left without parental care».
12. Matvejchik T.V., Viskub Yu.V., Rusak S.M. Organization of the work of a nurse and an assistant doctor for outpatient care in palliative care. Minsk: Kovcheg; 2018. 288 p.
13. Matvejchik T.V., Kral'ko A.A., Ivanova V.I. et al. Fundamentals of nursing pedagogy and professional development. Minsk: RNMB; 2012. 160 p.
14. Val'chuk E.A., Matvejchik T.V., Ivanova V.I. Nursing in Belarus: experience of the past, present and a step into the future. Minsk: BelMAPO; 2014. 34 p.
15. Matvejchik T.V. To help the main (senior) nurse. Minsk: BelMAPO; 2020. 203 p.
16. Matvejchik T.V., Tishchenko E.M., Delendik R.I. et al. Organization of the work of chief nurses of sanatorium-and-spa organizations. Minsk: BelMAPO; 2017. 338 p.
17. Matvejchik T.V. Basic and additional education of nurses in the Republic of Belarus: trends and prospects. Minsk: Kovcheg; 2018. 171 p.
18. Matvejchik T.V., Ivanova V.I. Model of the organization of work of a doctor's assistant in outpatient care. Minsk: BelMAPO; 2013. 184 p.
19. Matvejchik T.V., Tishchenko E.M., Mезина E.V. Nursing in the 21st century. Minsk: BelMAPO; 2014. 303 p.
20. Ulumbekova G.E. Health care of Russia. What needs to be done: scientific rationale for the «Strategy for the development of health care in the Russian Federation until 2020». M.: GEOTAR-Media; 2010. 96 p.
21. Bondarenko I.A., Voevodina S.S., Getman E.P. et al. Results of research in the social and human sciences: an interdisciplinary approach and synergistic effect / pod red. I.A. Bondarenko, O.A. Podkopaeva. Samara: Povolzh. nauch. korporaciya; 2018. 316 p.
22. Ensuring cooperation between primary health care and public health services / Vsemir. org. zdravoohraneniya, Evrop. region. byuro. Kopenagagen: ERB VOZ; 2018. 48 p.