

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

О.П.Маслова¹, О.Ю.Калмыкова², М.Б.Хайкин³

^{1,2}Самарский государственный технический университет

³Городская стоматологическая поликлиника №1. Самара

Статья поступила в редакцию 20.05.2010

Статья посвящена выделению социально-психологической составляющей трудового потенциала медицинского работника. В ней рассматриваются психологические особенности врачебной профессии, особое внимание уделяется конфликтологической компетенции врача, проводится ее комплексный анализ. Данная статья будет интересна специалистам медицинских учреждений широкого профиля, психологам, научным работникам, аспирантам.

Ключевые слова: социально-психологические особенности, копинг-ресурсы, конфликтологическая компетентность, стрессогенность, конфликтность, анкетирование, конфликтоустойчивость, синдром профессионального выгорания.

Одной из самых древних и самых почитаемых профессий на земле является профессия врача. Издавна считалось, что такую профессию может выбрать только по-настоящему благородный, добрый, отзывчивый и сильный духом человек – именно такие качества хотело видеть общество в своих врачах. Безусловно, наше время отличается большей жестокостью, безнравственностью, цинизмом, но сформировавшееся с древних времен представление об основных характеристиках врача не подвержено влиянию эпох. Попробуем разобраться в сущности данного противоречия, и определим основные психологические особенности профессиональной деятельности современного врача.

Зарождение врачебной этики, формирование требований к подготовке и деятельности врача, к его личности, внешнему и внутреннему облику можно отнести к VI в. до н.э. (догиппократовский период). В это время в известном индийском трактате «Аюрведа» были сформулированы замечательные мысли о долге врача, его профессиональном поведении, отношении к больным. Согласно этим правилам, врач должен был обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, терпеливым и спокойным, никогда не терять самообладания. Врачу предписывалось лечить даром – прежде всего брахманов и своего учителя, но также бедных, друзей и соседей, сирот и чужестранцев. В то же время считался нормальным отказ во врачебном совете преступникам. Среди важнейших качеств в подготовке будущих врачей выделялись скромность, благочестие, целомудрие. Важно отметить, что профессия врача предъявляет к человеку не только перечислен-

ные высокие моральные и нравственные требования. Не стоит забывать и о серьезных эмоциональных перегрузках, частых стрессовых ситуациях, дефиците времени, необходимости принимать решения при ограниченном объеме информации, а также о высокой частоте и интенсивности межличностного взаимодействия. Изучение поведения человека в стрессовых и конфликтных ситуациях (а профессия врача предусматривает довольно частое погружение в такие ситуации) привело к выявлению механизмов преодоления, совладания (от англ. coping – совладание) или копинг-механизмов, определяющих успешную или неуспешную адаптацию. Среди наиболее значимых в профессиональной деятельности врача копинг-ресурсов можно выделить следующие: 1) эмпатию; 2) аффилиацию; 3) эмоциональная стабильность; 4) сенситивность к отвержению¹.

Рассмотрим проявление каждого из них, поскольку считаем это необходимым условием для формирования полноценного психологического портрета врача. Согласно определению, взятому из психологического словаря, *эмпатия* (от греч. *empathia* – сопереживание) – способность человека к параллельному переживанию тех эмоций, которые возникают у другого человека в процессе общения с ним. «Другой человек» в данном случае – это больной, которому оказывает сочувствие, сопереживает, страдает врач. Применительно к профессии врача эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Однако, при очень высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, чувство вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство, повы-

¹ Маслова Ольга Петровна, старший преподаватель кафедры экономики промышленности.

E-mail: 1083131@mail.ru

Калмыкова Ольга Юрьевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры экономики и управления организацией. E-mail: oukalmiykova@mail.ru

Хайкин Максим Борисович, кандидат медицинских наук, главный врач. E-mail: meyer@inbox.ru

¹ Джозуэл Л. Индустриально-организационная психология. – СПб.: 2001. – С.39.

шенная психологическая уязвимость и ранимость – качества, препятствующие выполнению профессионального ролевого поведения, с недостаточной выраженностью таких свойств, как решительность, настойчивость, целеустремленность, ориентация на перспективу. Избыточное эмпатическое вовлечение в переживания больного приводит к эмоциональным перегрузкам, эмоциональному и физическому истощению.

Следующий термин – *аффилиация*. Данное качество характеризуется стремлением находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. Наличие этой черты у врача очень помогает ему сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма.

Другой важной психологической характеристикой, составляющей психологический портрет врача, является *эмоциональная стабильность*. Эмоциональные бурные реакции врача разрушают доверие больного, утомляют и даже пугают. А эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больным избегать психологических срывов и конфликтов. Душевное равновесие врача, эмоциональная стабильность, наоборот, вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. Это очень важно, поскольку больные, как правило, отличаются высокой эмоциональной неустойчивостью, зачастую раздражительны, неуверенны, вспыльчивы и агрессивны – они остро нуждаются в стабилизирующей уверенности врача.

И, наконец, *сенситивность к отвержению*. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больными. В тоже время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилятивную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы.

Очевидно, что в индивидуальный потенциал профессиональной деятельности современного врача должна обязательно входить и конфликтологическая составляющая. Под ней мы понимаем конфликтологическую компетентность врача. В самом общем виде можно определить *конфликтологическую компетентность* как умение сдерживать противоречие в продуктивной конфликтной форме, способствующей

урегулированию. Конфликтологическая компетентность заключается в способности специалиста (врача) подчинить взаимодействие процессов коммуникации одной главной цели – продуктивности, считая конфликт неизбежным элементом профессиональной деятельности².

Удовлетворенность работников, привлекательность для них труда в той или иной организации напрямую зависят от ее социально-психологического климата. В свою очередь, одним из важнейших показателей благоприятности социально-психологического климата ученые считают общий уровень конфликтности и стресса в коллективе. С точки зрения управления трудовыми конфликтами, наибольший интерес представляют организационные факторы, которые вызывают профессиональный стресс на работе. В этой связи деятельность главного врача медицинского учреждения по поддержанию необходимой с точки зрения организационной эффективности моральной атмосферы должна включать в себя действия по предотвращению, разрешению и минимизации негативных последствий возникающих в коллективе стрессовых ситуаций и организационных конфликтов. Комплекс данных действий и определяет конфликтологическую компетентность главного врача.

Руководителю поликлиники необходимо располагать информацией, позволяющей объективно оценивать уровень стрессогенности и конфликтности организационной среды. Авторами было проведено исследование, направленное на анализ и оценку стрессового состояния и уровня конфликтности врачей в ММУ Городская стоматологическая поликлиника № 1 г.о. Самара. Для определения уровня конфликтности в учреждении исследование проводилось по двум методикам: методике диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки (адаптация А.К.Осницкого) и методике диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К.Томаса (адаптация Н.В.Гришиной)³.

Первая методика предполагала тестирование, состоящее из 75 вопросов, позволяющее оценить показатели и формы агрессии свойственные данному коллективу. А.Басс и А.Дарки предложили опросник для выявления важных, по их мнению, показателей и форм агрессии: 1) использование физической силы против другого лица – физическая агрессия; 2) выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных обращений к другим лицам (угроза, проклятия, ругань) – вербальная агрессия; 3) использование окольным путём направленных против других лиц сплетен, шуток и проявление ненаправленных, неупорядоченных взрывов ярости – косвенная агрессия; 4) оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать

² Кижжаев-Смык Л.А. Психология стресса – М.: 2003. – С.109.

³ Воробьева Е.В. Конфликты в организации и управление ими. 10-е изд. – М.: 2007.

от пассивного сопротивления до активных действий против требований, правил, законов; 5) склонность к раздражению, готовность при малейшем возбуждении злиться во вспыльчивости, резкости, грубости – раздражение; 6) склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, истекающая из убеждения, что окружающие намерены причинить вред – подозрительность; 7) проявления зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то именно или всем миром за действительные или мнимые страдания – обида; 8) отношение и действие к себе и окружающим, вытекающие из возможного убеждения самого обследуемого в том, что он является плохим человеком – аутоагрессия или чувство вины.

Данное тестирование выявило определённые формы агрессии, присущие персоналу ММУ ГСП № 1. Исследования показали, что в коллективе наиболее выражена вербальная форма агрессии сотрудников (25%), то есть сотрудники порой не сдерживают своих эмоций и могут нелестно отзываться о какой-либо проблеме, другом сотруднике, либо о начальстве. Это происходит из-за того, что врачи работают в постоянном стрессе, вызванном как взаимоотношениями внутри коллектива, так и в отношениях с пациентами. В связи с этим персонал поликлиники находится в раздражённом состоянии и, как следствие, проявляется такая форма агрессии, как раздражение (15%). Однако, выразив своё недовольство в вербальной форме агрессии, врачи часто испытывают чувство вины (15%). В этом мы видим положительную тенденцию, поскольку работники часто лишь из-за излишней эмоциональности, вступают в конфликты, а потом жалеют об этом. Следовательно, если сотрудники научатся сдерживать свои эмоции и не проявлять вербальную агрессию, то, вероятно, уменьшится и число неконструктивных конфликтов. Так же в коллективе ММУ ГСП № 1 существуют такие формы агрессии как подозрительность (12%), косвенная агрессия (9%), негативизм (6%). Выявив наиболее характерные формы агрессии персонала ММУ ГСП № 1, можно предугадать поведение сотрудников в конфликтной ситуации, но для более достоверной информации необходимо воспользоваться методикой К.Томаса.

Вторая методика диагностики также предполагала тестирование, состоящее из 30 вопросов и позволяющее проанализировать поведение каждого сотрудника в конфликте. Текст адаптирован Н.В.Гришиной для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению. В своём подходе к изучению конфликтных явлений К.Томас делал акцент на изменении традиционного отношения к конфликтам. При проведении исследований по методике К.Томаса было выявлено, что для сотрудников ММУ ГСП № 1 характерны несколько типов поведения в конфликте (рис. 1).

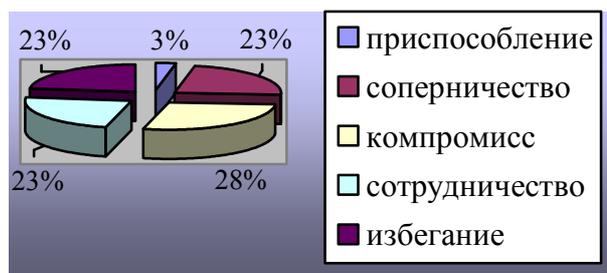


Рис. 1. Стиль поведения сотрудников в конфликте

Таким образом, можно сделать вывод о том, что сотрудники ведут себя по-разному в каждой конфликтной ситуации и не имеют ярко выраженных типов поведения. Кто-то стремится к лидерству, кто-то готов идти на уступки, и склонен к компромиссу, а кто-то вовсе старается избегать конфликтов. Однако при проведении исследования обозначились тенденции стиля поведения сотрудников в конфликте: работники не хотят уступать своих позиций и стараются настойчиво добиваться своих целей, и ситуации выбора – уклониться от конфликта или нет, большинство сотрудников предпочитает отстаивать свою точку зрения. Также, в феврале 2010 г., авторами были выявлены особенности конфликтных отношений в группе с помощью модульного социометра А.Я.Анцупова. Проведение оценки персонала ММУ ГСП № 1 было инициировано главным врачом. Опыт взаимодействия членов выборки к моменту проведения социально-психологической оценки составил около пяти лет. Респонденты оценивали друг друга по двум модулям: «Моё отношение», «Отношение ко мне». Опросу предшествовал тренинг по вопросам психологического обеспечения трудовой деятельности и конфиденциальности полученных результатов. Таким образом, была создана атмосфера открытости и делового сотрудничества при проведении исследования. Тщательно осуществлённая подготовительная часть исследования обеспечила определённую открытость работников. Это дало возможность при обработке получить максимально полные данные для последующего анализа.

Для выяснения индексов конфликтности всех членов коллектива необходимо подсчитать количество отрицательных оценок по модулям «Моё отношение» и «Отношение ко мне». Индивидуальный индекс конфликтности рассчитывается по столбцам, то есть учитываются только оценки, которые вставил сам респондент. Для этого использовали следующую формулу (Анцупов А.Я., Ковалёв В.В. Социально-психологическая оценка персонала. – М.: 2008. – С.107):

$$K_{\text{инд}} = \frac{\sum_{i=1}^n MO_i^- + \sum_{i=1}^n OM_i^-}{2(n-1)} \quad (1)$$

Таб. 1. Индивидуальные индексы конфликтности членов группы

Номер по списку	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
$\sum MO_i^-$	5	9	9	4	4	4	10	4	0	4	5	1	
$\sum OM_i^-$	3	7	2	3	3	0	22	2	0	4	5	0	
Сумма	8	16	11	7	7	4	32	6	0	8	10	1	
$K_{инд}$	0,17	0,33	0,23	0,15	0,15	0,08	0,67	0,13	0	0,17	0,21	0,02	
Номер по списку	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
$\sum MO_i^-$	3	0	4	6	5	15	6	6	3	0	1	2	4
$\sum OM_i^-$	4	0	4	10	4	15	6	3	1	0	0	0	5
Сумма	7	0	8	16	9	30	12	9	4	0	1	2	9
$K_{инд}$	0,15	0	0,17	0,33	0,19	0,63	0,25	0,19	0,08	0	0,02	0,04	0,20

Таб.2. Персонифицированные индексы конфликтности сотрудников

Номер по списку	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
$\sum MO_j^-$	4	2	6	4	0	6	15	2	1	0	0	0	
$\sum OM_j^-$	5	4	10	4	2	5	8	2	2	1	2	1	
Сумма	9	6	16	8	2	11	23	4	3	1	2	1	
$K_{перс}$	0,20	0,13	0,35	0,17	0,04	0,24	0,50	0,09	0	0,02	0,04	0,02	
Номер по списку	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
$\sum MO_j^-$	5	5	8	13	3	13	8	2	1	3	1	3	9
$\sum OM_j^-$	4	5	4	4	2	10	6	2	2	5	3	1	9
Сумма	9	10	12	17	5	23	14	4	3	8	4	4	18
$K_{перс}$	0,20	0,22	0,26	0,37	0,11	0,50	0,30	0,09	0,07	0,17	0,09	0,09	0,39

Для облегчения обработки отрицательные оценки каждого члена группы следует подсчитать и свести в таблицу (таб. 1). Данные таблицы свидетельствуют о том, что выраженные проблемы в эмоциональных отношениях с коллегами имеют врачи, находящиеся в списке группы под номерами 7,18,2,16,19. Данные врачи сами показывают это путём выставления большого количества отрицательных оценок в предложенных модулях. Наибольшие индивидуальные индексы конфликтности у седьмого ($K_{инд\ 7} = 0,67$) и восемнадцатого ($K_{инд\ 18} = 0,63$) сотрудников по списку группы. У данных сотрудников с высокой степенью вероятности серьёзные межличностные и внутриличностные конфликты. У девятого, четырнадцатого и двадцать второго сотрудников индивидуальный индекс конфликтности равен нулю, поскольку они не поставили коллегам в своих бланках ни одной отрицательной оценки. Далее подсчитывается персонифицированный индекс конфликтности. При этом используется следующая формула:

$$K_{перс} = \frac{\sum_{j=1}^m MO_j^- + \sum_{j=1}^m OM_j^-}{2(m-1)} \quad (2)$$

Представим данные в виде таблицы (таб. 2) Из таблицы 2 видно, что члены группы испытывают наибольшие сложности в эмоциональных отношениях с работниками, находящимися в списке под номерами 7, 18, 25, 16, 3, 19. Самые большие персонифицированные индексы конфликтности опять же зарегистрированы у седьмого ($K_{перс\ 7} = 0,67$) и восемнадца-

того ($K_{перс\ 18} = 0,63$) сотрудников. В группе нет ни одного человека с персонифицированным индексом конфликтности равным нулю, так как каждый получил хотя бы один отрицательный выбор. Таким образом, исходя из вычисленных индексов конфликтности, особое внимание в индивидуальной работе следует уделить работникам, находящимся в групповом списке под номерами 7, 18, 25, 16, 3, 19, 2. Особого подхода требуют те, кто дважды попал в число наиболее конфликтных членов коллектива, а именно 7, 18, 16, 19-й.

После анализа таблицы первичных результатов опроса можно выявить степень соответствия самооценки членов коллектива своих отношений с коллегами реальному положению дел. Для этого необходимо взять для анализа из модуля «Отношение ко мне» колонку с индивидуальными средними показателями и из модуля «Мое отношение» строку с персонифицированными средними значениями. Затем эти две группы значений сводятся в одну таблицу, и вычисляется разность между ними. Если разность – величина положительная, то работник переоценивает отношение к себе в группе по сравнению с реальным положением дел, если отрицательная – то недооценивает, считает, что к нему относятся недостаточно хорошо, хотя на самом деле это не так.

Одним из направлений использования результатов социально-психологической оценки персонала является анализ того, насколько адекватно сотрудник воспринимает сложившуюся в коллективе систему отношений, в первую очередь по отношению к

себе. Основные направления дальнейшей психологической работы в коллективе могут быть связаны с психологическим консультированием сотрудников, в значительной степени недооценивающих отношение к себе коллег, и проведением психологической коррекции с лицами, значительно переоценивающими истинное отношение к себе других членов группы.

С целью выявления конфликтных факторов внутри коллектива ММУ ГСП № 1 было проведено анкетирование 20 респондентов. Результаты теста на оценку уровня конфликтности личности показали, что 25% протестированных врачей имеют высокий уровень конфликтности, 14% – выше среднего, 25% – средний уровень, 35% – ниже среднего уровня и 1% имеет низкий уровень конфликтности личности (рис.2). В целом уровень конфликтности является чуть выше среднего. Этот показатель теоретически говорит о том, что коллектив поликлиники находится в стадии потенциальной готовности к конфликту и при возникновении объективной проблемной ситуации и при наличии какой-либо угрозы достаточно активно вступит в конфликт. Результаты проведенного опроса показали, что оплата труда не устраивает 16% врачей, интенсивность труда – 62%, эргономика – 55%, материально-техническое обеспечение – 52%. При этом выяснилось, что 78% опрошенных устраивает стиль работы руководства, режим работы – 86%, межличностные отношения в коллективе – 70%, ре-

жим работы структурных подразделений – 83%, психологически микроклимат в коллективе удовлетворяет 69% респондентов. Таким образом, общими причинами возникновения конфликтов в ММУ ГСП № 1 являются низкий уровень социально-психологической компетентности медицинских работников; невысокая конфликтостойчивость большей части персонала; недостаточная способность к эмпатии, к пониманию эмоционального состояния другого человека (коллеги или пациента), сопереживанию, сочувствию ему; завышенный или заниженный уровень притязаний; вспыльчивость как черта характера. Среди причин возникновения конфликтов можно выделить и неэффективный менеджмент и социально-психологические особенности человеческих отношений, статуса личности в системе здравоохранения. Кроме того, следует организовать периодическое обследование и учет работников на предмет определения эмоционально-психологической устойчивости и наличия признаков «синдрома эмоционального выгорания». Это позволит разработать систему профилактических мероприятий.

Вывод. Информация, полученная в результате диагностических исследований уровня стрессогенности и конфликтности, может явиться надежным фундаментом для разработки мероприятий по профилактике стрессов и неконструктивных конфликтов в организации.

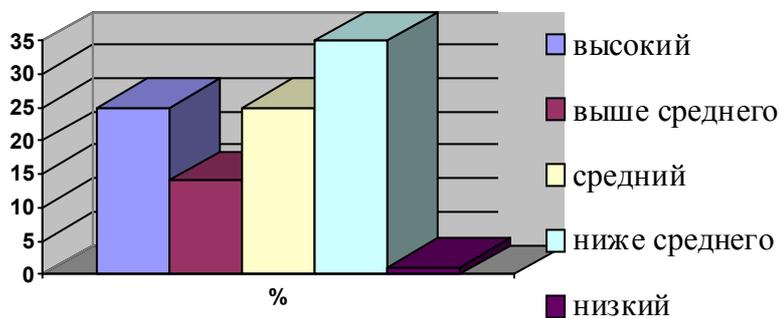


Рис.2. Уровень конфликтности в ММУ ГСП № 1

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ELEMENT OF WORK POTENTIAL IN A MEDICAL WORKER

O.P.Maslova¹, O.Y.Kalmykova² M.B.Hikyn³

^{1,2}Samara State Technical University

³City Dental Polyclinic №1. Samara

The article is devoted to the issue of socio-psychological potential of a medical worker. It explores the psychological peculiarities of being a medical worker with a special emphasis placed on the doctor's conflict dealing competence and its thorough analysis. The given article will be of special interest to general medical workers, psychologists, researchers and post-graduates.

^o Maslova Olga Petrovna, senior lecturer, Department of Industrial Economics. E-mail: 1083131@mail.ru
 Kalmykova Olga Uyrevna, Doctor of Pedagogy, associate professor of Chair of Economics and Organization Management. E-mail: oukalmykova@mail.ru
 Hikyn Maxim Borisovich, Doctor of Psychology, chief medical officer. E-mail: meyer@inbox.ru

Key words: socio-psychological peculiarities, coping resources, conflict dealing competence, stress resistance, conflicting nature, conflict resistance, professional burn out syndrome.