

*Масляков В.В., Лёвина В.А., Романова И.В.***МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МИКРОКЛИМАТА В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

НОУ ВПО «Саратовский медицинский институт "РЕАВИЗ"», кафедра клинической медицины, г. Саратов

♦ В работе представлен анализ психологического микроклимата в коллективе медицинских сестер хирургического, терапевтического и приемного отделений. Установлено, что в группе медицинских сестер хирургического отделения микроклимат воспринимают как «благоприятный» 83,4% респондентов, «неустойчиво благоприятный» — 16,6%, ни один респондент не оценил климат как «неблагоприятный». В терапевтическом отделении микроклимат оценили как «благоприятный» 88,4% респондентов, как «неустойчиво благоприятный» — 11,6%, ни один респондент не оценил микроклимат как «неблагоприятный». В приемном отделении микроклимат посчитали «благоприятным» 34% респондентов, «неустойчиво благоприятным» — 27%, «неблагоприятным» — 39% респондентов.

Ключевые слова: сестринский коллектив; психологический микроклимат.

Для цитирования: Масляков В.В., Лёвина В.А., Романова И.В. Медико-психологические аспекты формирования благоприятного психологического микроклимата в среде медицинских сестер. *Российский медицинский журнал*. 2017; 23(1): 18—22. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2011-23-1-18-22>

Для корреспонденции: Масляков Владимир Владимирович, доктор мед. наук, профессор, проректор по научной работе и связям с общественностью, зав. кафедрой клинической медицины СФ НОУ ВПО «Медицинский институт "РЕАВИЗ"», 410012, г. Саратов, E-mail: maslyakov@inbox.ru

*Maslyakov V.V., Levina V.A., Romanova I.V.***THE MEDICAL PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF BENEVOLENT PSYCHOLOGICAL MICRO CLIMATE IN ENVIRONMENT OF MEDICAL NURSES**

The Saratovskiy medical institute "REAVIZ", Saratov, Russian Federation

♦ The article presents the analysis of psychological micro climate in staff of medical nurses of surgical, therapeutic and admission departments. It is established that in the group of medical nurses 83.4% of respondents interpret micro climate as favorable, 16.6% — as unstable favorable and none of respondents considered micro climate as unfavorable. In the therapeutic department 88.4% interpreted micro climate as favorable, 11.6% — as unstable favorable and none of respondents considered micro climate as unfavorable. In admission department 34% interpreted micro climate as favorable, 27% — as unstable favorable and 39% — as unfavorable.

Keywords: medical nurses staff; psychological micro climate.

For citation: Maslyakov V.V., Levina V.A., Romanova I.V. The medical psychological aspects of development of benevolent psychological micro climate in environment of medical nurses. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 23(1): 18—22. (In Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-1-18-22>

For correspondence: Vladimir V. Maslyakov, doctor of medical sciences, professor, vice-rector on research studies and relationship with community, head of the chair of clinical medicine The Saratovskiy medical institute "REAVIZ", Saratov, Russian Federation. E-mail: maslyakov@inbox.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 21.06.14
Accepted 22.06.16**Введение**

Одна из главных задач реформирования сестринского дела заключается в изменении отношения медицинских сестер к своей работе, своему месту в лечебном учреждении, а также в повышении престижа профессии. Задача эффективного управления сестринскими кадрами, стоящая перед руководством, включает и создание благоприятного психологического микроклимата в коллективе [1, 2]. Создание благоприятного психологического микроклимата в коллективе — неотъемлемая часть любой работы [3]. Успех деятельности организации во многом зависит от отношений, складывающихся между коллегами, руководством и подчиненными. Избежать неприятных моментов практически невозможно. Руководителям сестринских служб ежедневно приходится решать ряд профессиональных психологических проблем. От того, насколько правильно удастся разрешать конфликтные ситуации, зависит дальнейшее спокойствие и работоспособность коллектива. Медицинским сестрам труднее решать психологические проблемы, чем профессиональные [2].

Цель исследования состояла в изучении состояния психологического микроклимата в коллективах медицинских сестер различных отделений.

Материал и методы

Чтобы нивелировать административное влияние на психологический микроклимат сестринских коллективов, базой для проведения исследования стали перечисленные далее медицинские организации Саратова и Саратовской области. Настоящее исследование проводилось с 2010 по 2012 г. Предмет исследования — психологический микроклимат и конфликтные ситуации в сестринских коллективах. Объект исследования — медицинские сестры трех специализаций: хирургической, терапевтической и приемного покоя. Исследование проводили в форме анкетного опроса медсестер-специалистов со средним медицинским образованием, работающих в стационарных условиях городских больниц Саратова и Энгельса Саратовской области. Основными критериями включения в выборку стали наличие специальности по диплому «сестринское дело» или «лечебное дело» и стаж

работы в должностях, соответствующих сестринским специальностям, не менее 1 года. Критериями исключения стали работа в условиях перевязочных, манипуляционных и операционных и стаж в должности менее 1 года.

Объем генеральной совокупности (n) составляет приблизительно 1500 человек: такое количество медсестер, удовлетворяющих заданным критериям, работали в 6 стационарах, на базе которых проводили исследование. Выборка из генеральной совокупности формировалась методом случайного отбора. Для оценки объема случайной выборки использовали соответствующую статистическую теорию выборок [4]. Объем выборки определяется, исходя из двух заданных параметров: уровня значимости α и ошибки (погрешности) выборки Δ . В качестве уровня значимости в прикладных статистических исследованиях обычно берут 0,05 (соответствует 95% вероятности попадания оцениваемого параметра в доверительный интервал — интервал, покрывающий оцениваемый параметр). Ошибку выборки Δ задают, исходя из целей и задач исследования. Учитывая характер анкет (все вопросы в них имеют 2 или 3 варианта ответа), достаточной представляется точность в пределах ± 7 –8%. Таким образом, при $\alpha = 0,05$ и $\Delta = 0,07$ (или 0,08) для генеральной совокупности $n = 1500$ объем выборки составляет приблизительно 140–180 человек. Учитывая, что задачи исследования требуют одинакового представительства в выборке медсестер трех специальностей (хирургического, терапевтического, приемного покоя), мы решили в качестве окончательной величины объема выборки взять анкеты 150 медсестер, в т. ч. по 50 на каждую специальность.

Исследование состояния психологического микроклимата проводили методом интервью по специально разработанной анкете. Все четные вопросы-утверждения анкеты сформулированы в позитивном ключе, все нечетные — в негативном. Применение разнонаправленных вопросов-утверждений в анкете — прием, позволяющий снять возможное появление у респондента чувства навязывания ему определенного мнения разработчика анкеты. При обработке для удобства восприятия утверждения негативного свойства были инверсированы, и в итоге все 11 утверждений, включенных в анкету, стали позитивными. Соответственно были переформулированы ответы на них.

Результаты и обсуждение

С учетом проведенной инверсии оказалось: чем ближе сумма положительных ответов на каждое утверждение к числу респондентов ($k = 50$), тем лучше микроклимат. На рис. 1 представлены все утверждения, ранжированные в порядке убывания их позитивного восприятия на основе суммы положительных ответов на них медсестер трех специальностей.

Из рис. 1 видно, что медсестры всех специальностей были едины во мнении по отношению к двум утверждениям: они отрицали наличие тенденции обезопасить себя докладными записками и не отмечали длительных

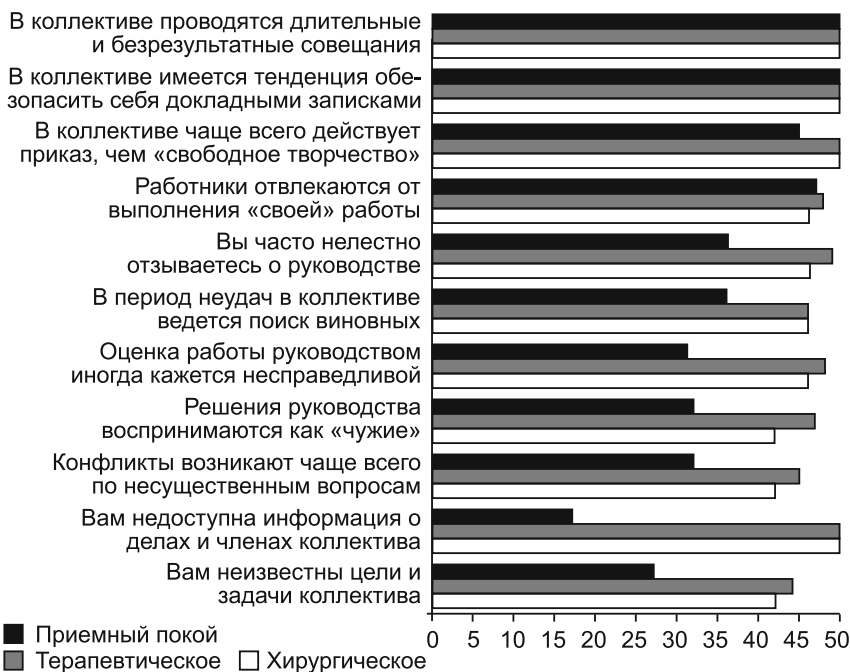


Рис. 1. Ответы медсестер трех отделений на утверждения о психологическом микроклимате ($\Delta < 7,5\%$).

и безрезультатных совещаний. В ответах еще по двум утверждениям — о наличии «свободного творчества» в коллективе и о доступности информации о делах и членах коллектива — проявили единодушие медсестры хирургической и терапевтической специализации. При этом последнее утверждение у медсестер приемного отделения набрало меньше всего позитивных ответов (17 из 50), из-за чего оно оказалось на предпоследнем месте в списке. Самый низкий ранг получило утверждение «Вам известны цели и задачи коллектива».

Анализ ответов медсестер разных специальностей показывает, что больше всего положительных ответов на 11 вопросов-утверждений анкеты дали медсестры терапевтического отделения, чуть меньше — медсестры хирургического отделения. Оба эти отделения идут со значительным отрывом от приемного отделения, медсестры которого дали только 403 положительных ответа (36% на утверждение). Таким образом, по результатам проведенного анкетирования можно сделать заключение, что психологический микроклимат в хирургическом и терапевтическом отделениях можно считать благоприятным; состояние микроклимата в приемном отделении не совсем благоприятное. Формальная оценка уровня благоприятности микроклимата проведена с использованием семантического дифференциала; ее результаты представлены в следующем разделе.

С целью подтверждения достоверности полученных данных по состоянию психологического микроклимата проведен опрос с помощью анкеты для медицинских сестер «Микроклимат в коллективе». Данная анкета, реализованная в форме семантического дифференциала, позволяет провести формальную (числовую) оценку психологического микроклимата в коллективе.

Респондентам было предложено оценить в баллах проявляющиеся свойства психологического климата в коллективе, какие, по их мнению, признаки наиболее подходят для характеристики коллектива. Анкета состояла из двух списков признаков психологического кли-

мата: список «А» расположен слева. Он характеризует степень благоприятного климата: чем выше балл (от 1 до 3), тем лучше климат в коллективе; список «В» расположен справа. Он характеризует степень неблагоприятного климата: чем ниже балл (от -3 до -1), тем хуже климат в коллективе; значение «0» отражает нейтральность респондента в оценках, неустойчивость психологического климата в коллективе.

В табл. 1 представлены расчетные значения некоторых основных характеристик семантического дифференциала по отделениям для всех медсестер, в табл. 2 — для медсестер доминирующей в отделении категории. Опишем их на примере табл. 1.

«Средний балл» (2-й столбец) — показатель микроклимата. Он получается путем расчета среднего арифметического по всем баллам, которые респонденты присвоили девяти признакам, составляющим семантический дифференциал (т. е. общая сумма баллов по всем признакам, входящим в оба списка, делится на количество признаков (9) и на количество респондентов (50)).

Для удобства данный показатель микроклимата переведен в индикатор (3-й столбец в табл. 1) путем расчета его доли от +3 (максимально возможного значения показателя) или от -3 (минимального возможного значения показателя).

Также рассчитан разброс баллов вокруг среднего значения (4-й столбец): обычный коэффициент вариации, получаемый путем деления среднеквадратического отклонения на среднее значение.

В табл. 2 число «Доля (процент) медсестер, оценивших микроклимат как благоприятный» (2-й столбец) получено путем отбора тех медсестер, у которых показатель «Средний балл» оказывался положительным. Отдельно для доминирующей в отделении категории медсестер (позитивно настроенных — оценивших микроклимат как благоприятный — для хирургического и терапевтического, а также негативно настроенных — оценивших микроклимат как неблагоприятный — для отделения приемного покоя) рассчитаны соответствующие характеристики (3-й и 4-й столбцы).

Данные, приведенные в табл. 1 и 2, свидетельствуют о том, что медсестры терапевтического и хирургического отделений значительно чаще оценивали микроклимат положительно (соответственно 94 и 92%) против 22% среди медсестер отделения приемного покоя. Число максимальных положительных баллов (+3), выставленных медсестрами терапевтического, хирургического и приемного отделений, составляет соответственно 78; 50 и 18.

Оценка с помощью индикатора показывает, что лучше всего микроклимат был оценен медсестрами терапевтического отделения: значение индикатора составляет 0,43. В хирургическом отделении микроклимат оценен чуть ниже — 36% от максимума. В отделении приемного покоя микроклимат оценен как неблагоприятный — значение индикатора отрицательно и составляет -0,11.

Разброс баллов вокруг среднего для всех трех отделений довольно большой, что свидетельствует о весьма широком разбросе мнений медсестер о психологическом климате. При исключении из анализа «нетипично мыслящих» (негативно настроенных медсестер (критерий исключения — негативное отношение к своей специальности и ра-

Таблица 1
Некоторые характеристики семантического дифференциала, рассчитанные для всего массива данных

Отделение	Средний балл	Индикатор	Разброс баллов вокруг среднего, %
Хирургическое	1,08	0,36	68,6
Терапевтическое	1,28	0,43	53,2
Приемного покоя	-0,33	-0,11	63,4

бочему месту) хирургического и терапевтического отделений разброс существенно уменьшается, несмотря на то, что исключаются всего 4 и 3 медсестры из 50. Это означает, что позитивно настроенные медсестры вместе демонстрируют значительно большее единодушие, чем в ситуациях, когда к ним присоединяются негативно настроенные.

Анализ ситуации в отделении приемного покоя показывает весьма широкий разброс мнений относительно характера психологического климата. Ситуация почти не меняется при удалении из анализа «нетипичных» (по материалам опроса) для данного отделения позитивно настроенных медсестер (11 респондентов из 50). То есть негативный полюс восприятия психологического климата оказывается сильно размытым: его средние оценки, данные медсестрами отделения, колебались от -1,67 до -0,11.

Итак, согласно обоим анкетным опросам, микроклимат в двух отделениях — хирургическом и терапевтическом — оценен медсестрами как благоприятный. Данные опроса по анкете, содержащей 11 утверждений дихотомического характера, подтверждаются данными опроса по анкете, реализованной в форме семантического дифференциала. При этом оценки микроклимата в обоих отделениях статистически неразличимы при заданном уровне значимости (0,05). Предельная погрешность выборки $\pm 7,5\%$ не дает возможности со всей определенностью указать, в каком из двух отделений состояние микроклимата оценено выше. Отметим, что полученные оценки микроклимата оказались настолько близки, что даже достижение более низкой погрешности, например $\pm 3\%$, путем существенного увеличения объема выборки не привело бы к однозначному ответу. В то же время метод семантического дифференциала позволяет получить более точные оценки при том же объеме выборки, поэтому его использование в нашем исследовании было оправданным. Так, погрешность для средних баллов из табл. 1 достаточно мала, и доверительные интервалы для средних баллов по обоим отделениям не пересекаются: $\pm 0,072$ — для хирургического отделения и 0,058 — для терапевтического (при уровне значимости 0,05, рис. 2) [4]. Это свидетельствует о том, что небольшой перевес в «уровне благоприятности», который

Таблица 2
Некоторые характеристики семантического дифференциала, рассчитанные для отдельных категорий медсестер (позитивного настроения — для хирургического и терапевтического отделений и негативного — для отделения приемного покоя)

Отделение	Доля медсестер, оценивших микроклимат как благоприятный, %	Средний балл	Индикатор	Разброс баллов вокруг среднего, %
Хирургическое	92	1,23	0,41	41,4
Терапевтическое	94	1,41	0,47	32,4
Приемного покоя	22	-0,71	-0,29	62,9

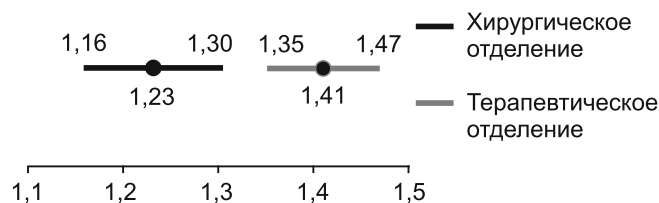


Рис. 2. Доверительные интервалы для средних баллов по хирургическому и терапевтическому отделениям.

демонстрируют медсестры терапевтического отделения, оказывается статистически значимым. Можно считать, что психологический климат в терапевтическом отделении наиболее благоприятный.

При проведении анализа основных причин, приведших к неблагоприятному микроклимату в анализируемых отделениях, получены следующие результаты.

По хирургическому отделению: основной причиной неблагоприятного микроклимата, по мнению 12% респондентов, служит отсутствие взаимопонимания в коллективе, 8% респондентов считают причиной плохого микроклимата психологическую несовместимость.

В терапевтическом отделении основной причиной неудовлетворенности психологическим микроклиматом большинство респондентов (24%) отметили психологическую несовместимость.

Следует отметить, что 86% респондентов основной причиной напряженности в коллективе и увеличения конфликтов отметили смену руководства (в обоих отделениях произошла замена старших медицинских сестер). В то же время этот факт не повлиял на дальнейшую жизнь коллектива: все медицинские сестры быстро адаптировались к новому начальству, не произошло «текучки» кадров.

В приемном отделении получены следующие результаты: 66% респондентов считают, что основной причиной негативного настроения сотрудников служит отсутствие нормальных бытовых условий в отделении (нет комнаты отдыха, столовой, комнаты личной гигиены, условий для принятия пищи). Среди других причин респонденты отметили: плохо оборудованное место работы — 12%; отсутствие слаженности коллектива — 8%; тяжелые условия труда — 8%; низкую заработную плату — 4%; «непонимание со стороны начальства» — 2%. Все это, по мнению респондентов, приводит к «текучке» кадров. Так, стаж большинства медицинских сестер в данном отделении не превышает 3—4 лет.

Для исследования уровня профессионального стресса мы использовали методику Рогова Е.И. «Оценка профессионального стресса», которая предназначена для первоначального ориентировочного выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Она позволяет выявить отдельные признаки стрессового состояния, оценить вероятность возникновения стрессового состояния и проявления его в поведении и деятельности человека, а также определить тип личности конкретного человека: либо он тактичен и миролюбив, либо видит свою жизнь скучной без конфликтов и споров. Методика заключается в ответах на ряд вопросов с последующим подсчетом баллов и оценкой результатов. Основной метод исследования — анкетирование.

Указанная методика позволила определить тип, к которому относится та или иная медсестра, а также влияние специфики работы на ее конфликтность сре-

ди медицинских сестер хирургического, терапевтического и приемного отделений. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Из данных, представленных в табл. 3, видно, что самый высокий уровень конфликтности выявлен в группе медицинских сестер приемного отделения — 76%, при этом низкий уровень не отметил ни один из респондентов. Самый низкий уровень конфликтности отмечен в терапевтическом отделении. Этот факт позволяет сделать вывод о том, что терапевтические медсестры отличаются большей тактичностью и миролюбивостью, легче уходят от споров и конфликтов, избегают критических ситуаций на работе и дома.

При проведении анализа зависимости влияния на уровень стресса таких факторов, как возраст и стаж работы, установлено, что уровень стресса прямо пропорционален возврату. В возрастной группе старше 50 лет отмечен самый высокий уровень стресса, и, наоборот, в возрастной группе 20—30 лет он оказался самым низким. Сопоставляя распределения по уровню стресса и распределения по возрасту, можно установить, что уровень стресса не зависит от возраста, поскольку более высокий уровень конфликтности отмечается в наиболее возрастном хирургическом отделении и наиболее молодом отделении приемного покоя. В то же время, анализируя данные *внутри* этих отделений, можно заметить слабую обратную зависимость между уровнем стресса и возрастом: число медсестер с высоким уровнем конфликтности во всех отделениях почти совпадает с числом медсестер молодой и средней возрастных когорт.

Один из вопросов анкеты позволил определить уровень потребности медсестер в психологе. Большинство (68%) респондентов выразили согласие и желание обращаться к специалисту за психологической помощью, по 6% опрошенных дали отрицательный ответ и воздержались от ответа. При ответе на вопрос анкеты о проблемах, по поводу которых медсестры хотели бы обратиться к психологу, большинство (24%) опрошенных назвали рабочие моменты, 2% — семейные, 6% — рабочие и семейные. Полученные ответы позволили констатировать, что психолог в ЛПУ необходим в первую очередь для улучшения психоэмоционального климата медицинского персонала. Создание благоприятной, сердечной обстановки в коллективе, несомненно, окажет положительное воздействие на эффективность труда медсестер. Это и есть главная задача менеджмента, в основе которого лежит необходимость формирования кооперации и сотрудничества в коллективе. Ответы медсестер на вопрос о рабочих проблемах, которые они хотели бы обсудить с психологом, позволили определить предполагаемую тематику обращений медсестер к психологу: 14% обратились бы к нему по вопросам отношений в коллективе; 12% — с администрацией ЛПУ; 4% — с администрацией отделения; 4% — с коллегами в смене. Анализ ответов

Таблица 3

Общий уровень конфликтности в среде медицинских сестер

Уровень конфликтности	Группа по профилю работы					
	хирургия (n = 50)		терапия (n = 50)		приемное (n = 50)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Высокий	34	68	12	24	38	76
Средний	10	20	23	46	12	24
Низкий	6	12	15	30	—	—

на вопрос о наличии навыков самостоятельного снятия стресса подтвердил предположение автора о необходимости психолога в ЛПУ. Большинство (70%) респондентов отметили неумение самостоятельно и эффективно преодолевать стрессовые состояния; 16% ответили, что имеют данные навыки, но далеко не всегда эффективно их используют, и только 5% медсестер ответили, что умеют самостоятельно и эффективно преодолевать стресс.

Заключение

Медицинские сестры хирургического отделения психологический микроклимат считают: «благоприятным» — 83,4%, «неустойчиво благоприятным» — 16,6%, ни один респондент не оценил климат как «неблагоприятный». В терапевтическом отделении как «благоприятный» оценивают микроклимат 88,4% респондентов, как «неустойчиво благоприятный» — 11,6%, ни один респондент не оценил климат как «неблагоприятный». В приемном отделении как «благоприятный» психологический микроклимат оценили 34% респондентов, как «неустойчиво благоприятный» — 27%, и как «неблагоприятный» — 39% респондентов. На основании полученных данных рекомендуем создать комнату психологической разгрузки и включение в штат психолога, что улучшит психологический микроклимат не только на производстве, но и в семье.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения. *Экономика здравоохранения*. 2004; (5—6): 10—8.
2. Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Федотов В.А. Роль медицинской общественности в новых правовых условиях. *Здравоохранение*. 2004; (2): 15—20.
3. Базаров Т.Ю. Особенности межличностного восприятия в системе «руководство-подчинение» в условиях производственного коллектива. В кн.: Андреева Г.М., Донцов А.И., ред. *Межличностное восприятие в группе*. М.; 1981: 187.
4. Толстова Ю.Н. *Математико-статистические модели в социологии (математическая статистика для социологов)*. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ; 2007: 82—95.

REFERENCES

1. Akopyan A.C. Organizational and legal forms of medical organizations and paid medical services in public health facilities. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2004; (5—6): 10—8. (in Russian)
2. Bagnenko S.F., Stozharov V.V., Fedotov V.A. The medical community's role in the new legal environment. *Zdravookhranenie*. 2004; (2): 15—20. (in Russian)
3. Bazarov T.Yu. Features of interpersonal perception in the «leadership-subordination» in terms of the production team. In: Andreeva G.M., Dontsov A.I., eds. *Interpersonal Perception in the Group [Mezhlichnostnoe vospriyatie v gruppe]*. Moscow; 1981: 187. (in Russian)
4. Tolstova Yu.N. *Mathematical and Statistical Models in Sociology (mathematical statistics for sociologists) [Matematiko-statisticheskie modeli v sotsiologii (matematicheskaya statistika dlya sotsiologov)]*. Moscow: Izdatel'skiy dom GU VShE; 2007: 82—95. (in Russian)

Поступила 21.06.14
Принята к печати 21.06.16