

СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ, ПРИСУЩИЙ СТАРШИМ  
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В БОЛЬНИЦАХ

*Виолета Цветанова Стоянова*

*Павлинка ПетковаДобрилова*

Медицинский университет Софии

Филиал им. Проф. доктора Ивана Митева - Враца

**Аннотация.** В процессе своей работы руководителям здравоохранения всегда приходится сталкиваться с конфликтами, возникающими на рабочем месте. В статье анализируются стили управления конфликтами, присущие старшим медицинским работникам в больничных отделениях, выявляются некоторые индивидуальные особенности старших медсестер, влияющих на выбор стратегии управления.

**Ключевые слова:** конфликты, медицинские работники, стили управления конфликтами.

STYLE OF HEALTHCARE MANAGERS FOR MANAGING CONFLICTS IN  
HOSPITALS

*Violeta TsvetanovaStoyanova*

*Pavlinka Petkova Dobrilova*

MU Sofia, Branch "Prof. Dr. Ivan Mitev" Vratsa

**Summary.** In their work, health care managers are invariably challenged to deal with conflicts arising in the workplace. The article analyzes the conflicts management styles applied by senior health care professionals in hospital wards, identifying some individual features of nursing managers in choosing a management strategy.

**Key words:** Conflicts, healthcareprofessionals, conflictmanagementstyles.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Конфликты являются неотъемлемой частью организационной жизни в больничных структурах. В стенах этих структур возникают и развиваются множество различных по своему виду конфликтов. Предпосылками к этому являются постоянные контакты между различными субъектами - индивидуумами и группами, в процессе их совместной деятельности и общения. Источники конфликтов весьма разнообразны - от структурных характеристик организации до несовместимости в характерах, ценностях, интересах или стрессовая обстановка в больнице. (2, 3, 8)

**Управление здравоохранением в больницах возложено на членов Медицинского совета, в состав которого входят: главная медсестра и старшие медицинские специалисты различных отделений.** Все они являются менеджерами, которые, обладая высоким профессионализмом, навыками и соответствующими знаниями, руководят планированием, организацией, координацией, мотивацией, оценкой и контролем деятельности медицинских специалистов. Компетентность и профессионализм главных медсестер имеют решающее значение для надлежащего управления возникающими конфликтами на рабочем месте. (5, 7)

Деятельность менеджеров здравоохранения носит сложный характер и требует множества личностных качеств. (2, 3, 6) Один обычный день сестер-менеджеров включает в себя координацию ресурсов, обеспечение качественного ухода за пациентами, выполнение процедур, сбор данных, обработку и доставку информации, реагирование на чрезвычайные ситуации. В ходе всех этих мероприятий старшие медицинские специалисты постоянно взаимодействуют с различными группами людей. Они тратят значительную часть своего времени (более трети) на разрешение конфликтов и преодоление их последствий. Таким образом, в решении возникших конфликтов главные медсестры играют решающую роль.

Важность той роли, которую играют медицинские руководители в процессе управления конфликтами, ставит перед ними ряд проблем - они

должны выбрать и реализовать соответствующую стратегию вмешательства, которая бы позволила устранить или минимизировать негативные последствия конфликта, обеспечить развитие потенциала конфликта и усилить его конструктивное значение. (2, 4, 10) От выбора стратегии зависят тип и степень последствий конфликта, устранение или сохранение причин конфликта, возможность последующих столкновений и т. д. Именно по этой причине, старшие медицинские специалисты обладают главным преимуществом, которое обеспечивает им стратегическое лидерство, как при возникновении конфликта, так и при его решении - право выбирать цели и способы их достижения, обеспечивать их реализацию и анализировать достигнутые результаты.

Функциональная значимость конфликта определяется, прежде всего, тем, как он разрешается. Именно старшие менеджеры, используя подходящую стратегию, могут превратить конкретный конфликт в конструктивный. Их умелые действия могут способствовать достижению желаемых организационных результатов. (8, 10) В этом смысле, существенным условием эффективного управленческого воздействия является то, что менеджер должным образом подготовлен и осведомлен о возможных способах вмешательства в конфликты сотрудников и последствия их реализации. Анализ используемых стратегий управления конфликтами может предсказать правильное будущее поведение лидера в конфликтных ситуациях и найти способы изменить нежелательные типы поведения.

Американские психологи Томас и Килман (1990) разработали систему классификации поведенческих стилей личности в случае внешнего конфликта. Эта система включает в себя пять основных стратегий поведения человека в конфликтной ситуации: *конкуренцию, сотрудничество, компромисс, уклонение и адаптацию.*

### **Цель и задачи исследования**

**Основная цель** этого исследования заключается в определении предпочтительных стратегий управления при разрешении конфликтов между старшими медицинскими специалистами.

Ввиду явного отсутствия систематических исследований по этой проблеме, данное исследование будет полезно для расширения научных и прикладных знаний об управлении конфликтами в практике медсестер в больничных учреждениях.

**Задачи:**

1. Проведение исследования среди старших медицинских руководителей в пяти многопрофильных больницах интенсивной терапии (МБИТ), с целью выявления и анализа стратегий, которые они используют при вмешательстве в конфликты на работе;

2. Анализ данных теста Томаса и Килмана о стиле поведения в конфликтных ситуациях.

3. Определение индивидуальных характеристик, влияющих на выбор стиля управления конфликтами - возраст, продолжительность работы, образование и другие переменные, связанные с медсестрами- менеджерами, работающими в пяти МБИТ, при управлении конфликтами;

4. Изучение влияния отношения и знаний главных и старших медицинских специалистов на частоту реализации различных стратегий вмешательства.

**Предмет и объекты исследования:**

Предметом исследования являются стили управления конфликтами, присущие старшим медицинским специалистам.

Объектами являются члены Медицинского совета пяти МБИТ– 5 главных медсестер и 91 старших медицинских работников.

**Материал и методы:**

**Социологический метод** - сбор, обобщение и анализ информации о мнениях и оценках с помощью действительного, анонимного, индивидуального психометрического теста Томаса и Килмана.

В дополнение к тесту, участникам опроса было предложено ответить на дополнительные вопросы, связанные с их демографическими характеристиками - полом, возрастом, уровнем образования, профессиональным опытом.

**Графический анализ результатов** - для иллюстрации исследуемых переменных и их взаимосвязей были использованы столбчатые, секторные и другие диаграммы. При изготовлении графиков использовался пакет программного обеспечения Microsoft Office Excel. При обработке и интерпретации полученных результатов использовалась IBM SPSS Statistics, версия 19. Значение вероятности ( $P$ )  $< 0,05$  считается значимым.

**Описательный анализ** результатов считается анализом данных опроса.

**Время и место проведения исследования:** Исследование проводилось в 2016 - 2017 гг., в Университетской МБИТ им. Светой Анны г. Софии, в Университетской МБИТ им. Царицы Иоанны (Институт специализации и повышения квалификации врачей) г. Софии, в МБИТ им. ХристоБотева г. Врацы, в МБИТ им. Доктора Стамена Илиева г. Монтаны и в МБИТ им. Светой Петки г. Видина.

Изучение поведенческого стиля в конфликтной ситуации является одним из основных шагов на пути к управлению конфликтами и для их направления в русло адекватных изменений.

Американские психологи Томас и Килман (1990) разработали систему классификации стилей поведения индивида при возникновении конфликта. В тесте, предлагаемом в рамках данного исследования, указаны пять стилей поведения в конфликтной ситуации. Эти стили проявляются в различной степени, в зависимости от специфики, темперамента, черт характера личности и приобретенного жизненного опыта. Причем, один или два из них являются доминирующими для каждой отдельной конфликтной ситуации. Пять стилей поведения не являются взаимоисключающими, а дополняют друг друга и помогают в разрешении конфликтов. Каждый человек в своем поведении использует все пять стилей разрешения конфликтов в той или иной степени. Не существует универсальных и правильных ответов для определения правильного

выбора поведения в конфликтных ситуациях. Все пять типов применимы, в зависимости от данной конкретной ситуации. Таким образом, поведение при конфликтах является результатом особенностей личности и требований конкретной ситуации.

Благодаря этому тесту можно выяснить, в какой степени участники конфликтной ситуации готовы к адекватным действиям по урегулированию данного конфликта. Посредством такого теста руководитель организации может протестировать свой коллектив и сформировать команду для действий при возникновении конфликтных ситуаций. Анкета содержит 30 пар суждений (60 фраз) об альтернативных формах поведения личности в конфликтных ситуациях. Опрос показывает, до какой степени человек склонен к соперничеству или к сотрудничеству.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ:**

В исследовании участвовали 5 главных медсестер и 91 старших медицинских работников - медсестер, акушерок, рентгенологов, клинических лаборантов, работающих в отделениях диагностики, терапии, хирургии, интенсивной терапии и неотложной помощи, гинекологических и педиатрических отделениях Университетской МБИТ им. Светой Анны г. Софии, Университетской МБИТ им. Царицы Иоанны (Институт специализации и повышения квалификации врачей) г. Софии, МБИТ им. Христо Ботева г. Врацы, МБИТ им. Доктора Стамена Илиева г. Монтаны и МБИТ им. Светой Петки г. Видина. Тесты Томаса и Килмана были представлены на заседаниях Медицинского совета этих больниц и были даны инструкции о том, как заполнять анкеты и как определять стили поведения.

В Таблице 1. представлены социально-демографические характеристики старших медицинских руководителей этих пяти больниц.

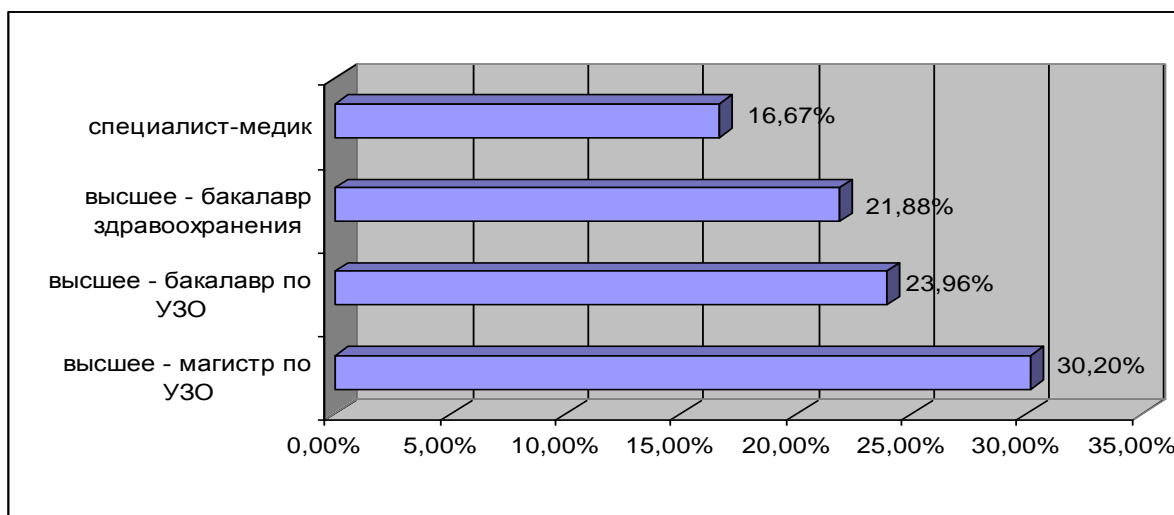
**Таблица 1.** Социально-демографические характеристики членов Медицинского совета.

<b>Основные признаки</b>		<b>количество</b>	<b>Отн. доля %</b>
<b>Группа возраста</b>	Младше 30 лет	0	0,00%

	31-40 лет	6	6,25%
	41-50 лет.	35	36,46%
	<b>51-60 лет.</b>	<b>48</b>	<b>50%</b>
	Над 60г.	7	7,29%
	Всего	96	100%
<b>Должность и позиция в организационной иерархии</b>	Гл. мед. сестра	5	
	Старшие мед. сестры /акушерки, лаборанты/	91	
	Всего	96	100%
<b>Образовательная квалификационная степень</b>	<b>Высшее Магистр УЗО</b>	<b>29</b>	<b>30,2%</b>
	Высшее Бакалавр УЗО	23	23,96%
	Высшее Бакалавр ЗО	21	21,88%
	Специалист-медик	16	16,67%
	Полувысшее	3	3,12%
	Другое	4	4,17%
	Всего	96	100%
<b>Опыт работы по специальности</b>	Менее 5 лет.	5	5,2%
	5-10 лет.	7	7,29%
	11-15 лет.	12	12,5%
	16-20 лет.	21	21,88%
	<b>Более 20 лет.</b>	<b>51</b>	<b>53,13%</b>
<b>Опыт работы в качестве старшего медицинского руководителя</b>	От 1 до 5 лет.	15	15,63%
	От 6 до 10 лет.	19	19,79%
	<b>11-15 лет.</b>	<b>28</b>	<b>29,16%</b>
	16-20 лет.	16	16,67%
	Более 20 лет.	18	18,75%

Существенной является доля медсестер с образовательной степенью магистра управления здравоохранением (рис. 1), а также 30,2% главных медсестер и 23,96% медицинских руководителей имеют степень бакалавра управления здравоохранением. Этот результат является нормальным, т.к., согласно Закону о медицинских учреждениях, для занятия подобной должности такое образование является обязательным. Двое из этих руководителей также имеют и второе высшее образование - Магистр экономики, а трое - Магистр общественного здоровья и управления здравоохранением. Данные показывают высокий уровень стремления к карьерному росту и мотивации членов Медицинского совета к получению дальнейшей квалификации. К сожалению, почти половина старших руководителей имеют образовательную

квалификационную степень, которая не соответствует требованиям Закона о медицинских учреждениях, что является результатом отсутствия лиц с необходимым образованием (особенно по диагностическим специальностям). Несмотря на широкие образовательные возможности, руководящие должности по-прежнему занимают менеджеры без необходимого образования.



*Рис. 1. Распределение старших менеджеров по образовательно-квалификационной степени.*

Средний возраст анкетированных составил 51 год, а самая высокая относительная доля - 50,00% приходится на людей возрастной группы 51-60 лет. Анализ возраста опрошенных установил, что в опросе участвовал большой процент людей старшего и предпенсионного возраста, поскольку развитие карьеры происходит, обычно, в более позднем возрасте.

При опросе 96 медицинских специалистов - 91 старших отделений и 5 - главных медсестер, были выявлены следующие стили управления конфликтами:

1. Большинство опрошенных объявили, что считают **компромисс** своим стилем управления конфликтами - 44,8% (N = 43). Этот стиль поведения присущ внимательным, рационально мыслящим людям, которые ориентированы на сохранение стабильности социальных отношений, даже в ущерб общим целям и задачам. Старшие медицинские специалисты, практикующие этот стиль, стремятся синхронизировать противоречивые



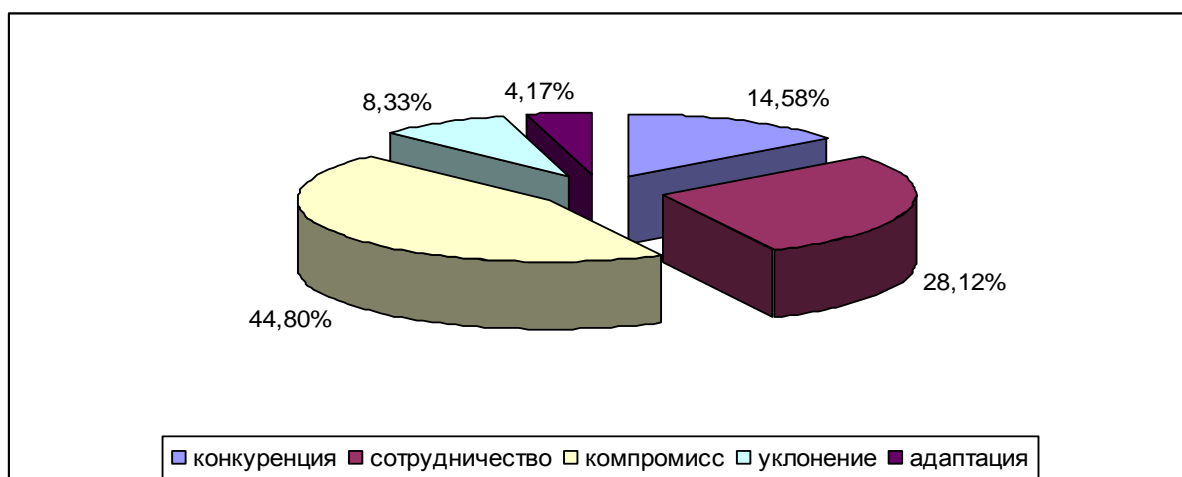
интересы подчиненных со своими собственными интересами. Этот стиль управления не позволяет решить противоречий, вызывающих конфликт, а лишь замаскировать их частичными уступками и жертвами со стороны каждого участника конфликта. Подход в этом стиле постепенного сближения интересов и общего баланса сил и потребностей возможен только в том случае, если другие участники конфликта готовы к уступкам. В то же время, этот стиль требует четкого понимания ситуации, что предполагает высокий интеллект и адекватную самооценку;

2. Опрос показал, что 28,12% (N = 27) опрошенных использовали **сотрудничество** как стиль управления конфликтами. Это стиль предполагает разрешение противоречий, лежащих в основе конфликта. Он характеризуется тем, что субъект конфликта направлен на решение проблемы, а не социальных отношений, и поэтому может пожертвовать своими ценностями для достижения общих целей. Старшие, для которых этот стиль является основным при разрешении конфликта, зачастую в сложной ситуации снижают свою самооценку. Этот стиль, как правило, применяется неформальными лидерами, способными контролировать и регулировать поведение не только других людей, но и свое собственное;

3. На **конкурентный** стиль поведения указали 14,58% (N = 14) опрошенных старших менеджеров. Этот стиль присущ активным и агрессивным старшим, у которых налицо мотивация к активному защитному поведению или доминирующей мотивацией является самоутверждение. Как стиль, конкуренция часто вызывает высокое сопротивление у людей, с которыми общается субъект, так как противоречия решаются в его пользу. Это также самый опасный стиль, поскольку он может привести к тому, что внешний конфликт перерастет в прямую конфронтацию и открытое столкновение сил. Человек, который применяет такой стиль, в большинстве случаев обеспокоен тем, каково отношение других к нему лично и стремится во всех ситуациях выглядеть победителем;

4. 8,33% (N = 8) опрошенных указали как стиль своего поведения - **уклонение**. Он ориентирован на сохранение статуса собственного Я. Это означает, что этот стиль может быть определен как наиболее социально пассивный, сводящий все к непризнанию наличия внешнего конфликта. Старшие медицинские работники с таким поведением склонны преуменьшать значимость событий, вызвавших конфликт. Другой возможный подход в применении этого стиля - это уклонение от конфликтной ситуации. Применение этого стиля означает, что человек не признает существования противоречий, лежащих в основе конфликта, что означает, что эти противоречия не могут быть разрешены. Этот стиль присущ людям с низкой самооценкой и слабо развитым социальным интеллектом.

5. **Адаптация** - 4,17% (N = 4). Этот стиль, ориентированный на сохранение социальных отношений, характерен для представителей с подчиненным социальным положением и низкой, неадекватной самооценкой. Руководители с таким стилем поведения признают существование внешнего конфликта и пытаются адаптироваться к ситуации с помощью различных тактик, в том числе с использованием определенного механизма психологической защиты. Этот стиль может быть эффективным в том случае, когда конфликт развивается продолжительно и не нуждается в быстром решении. Тем не менее, частое использование этого стиля, независимо от ситуации, лишает человека, применяющего его, инициативности и способности участвовать в активных социальных действиях, что рано или поздно приводит к внутреннему конфликту со всеми вытекающими отсюда последствиями;



*Рис. 2. Распределение старших медицинских руководителей по стилям управления конфликтами.*

Чтобы с уверенностью установить, является ли стиль компромисса наиболее распространенным, мы рассмотрели два доминирующих стиля управления конфликтами через ответы разных подгрупп опрошенных.

**Таблица 2.** Два доминирующих стиля управления конфликтами, в зависимости от индивидуальных характеристик и различных подгрупп опрошенных.

Индивидуальные характеристики	Подгруппы	Основной стиль		Второйнаиболее частоиспользуемый стиль разрешения конфликтов	
		тип	%	тип	%
<b>Группа возраста</b>	31-40 лет.	компромисс	41,10	сотрудничество	24,00
	41-50 лет.	компромисс	35,30	сотрудничество	26,50
	51-60г.	компромисс	45,20	сотрудничество	19,10
	Над 60г.	компромисс	42,39	сотрудничество	20,55
<b>Образовательно-квалификационн ая степень</b>	<b>Высшее, магистр УЗО</b>	компромисс	33,62	сотрудничество	29,33
	Высшее, бакалавр УЗО	компромисс	34,34	сотрудничество	20,74
	Высшее, бакалавр 3О	компромисс	39,25	сотрудничество	22,16
	Специалист-медик	компромисс	40,12	сотрудничество	18,63
	Полувысшее	компромисс	36,82	сотрудничество	25,10
<b>Опыт работы в</b>	От 1 до 5 лет.	компромисс	36,40	сотрудничество	24,16

<b>качестве старшего медицинского руководителя</b>					
	От 6 до 10 лет.	компромисс	34,23	сотрудничество	18,74
	11-15 лет.	компромисс	35,28	сотрудничество	22,25
	16-20 лет.	компромисс	37,50	сотрудничество	25,63
	Более 20 лет.	компромисс	44,25	сотрудничество	21,14
<b>Должность и позиция в организационной иерархии</b>	Главная медсестра	компромисс	60,00	сотрудничество	20,00
	Старшие медсестры /акушерки, лаборанты/	компромисс	43,95	сотрудничество	28,57

Как видно из Таблицы 2, **компромисс** является наиболее часто используемой стратегией разрешения конфликтов во всех подгруппах опрошенных. А именно, процент анкетированных в каждой подгруппе с компромиссным стилем управления конфликтами колеблется от 33,65% до 60,00%. Кроме того, табличные данные показывают, что вторым наиболее используемым стилем управления конфликтами среди старших медицинских руководителей является **сотрудничество**, за исключением руководителей старшего возраста и тех, у кого высшее образование. Они традиционно используют компромисс как способ управления конфликтами.

Из проведенного опроса ясно видны некоторые зависимости между частотой использования стратегий управления старшими медицинскими руководителями для вмешательства в конфликты сотрудников и демографическими характеристиками опрошенных:

- **Возраст.** Возраст является очень важным фактором легитимности и доверия при разрешении конфликтов. Возраст внушает уважение, независимо от уровня образования или роли в организации. Было обнаружено, что эта демографическая зависимость имеет статистически значимую зависимость от используемого стиля управления конфликтами -  $p < 0,05$ . Старшие руководители

(от 41 до 50 лет - 14% и от 51 до 60 лет - 9,6%) с большей вероятностью будут использовать помощь формальной третьей стороны для разрешения конфликтов между более молодыми сотрудниками (в том числе, до 40 лет - 5,3%). Существует отрицательная, но не существенная, связь между возрастом и стилем уклонения и компромиссным стилем управления конфликтами.

- **Образование:** среди пяти стилей, которые разрешают конфликты, только конкурирующий стиль в значительной степени связан с уровнем образования.

Существует слабая статистическая корреляция между частотой использования стиля сотрудничества и образованием менеджеров -  $p < 0,05$ . Это, по нашему мнению, связано с тем, что, чем выше уровень образования, тем чаще менеджеры выступают в роли посредников, вмешиваясь в конфликты сотрудников. Менеджеры, часто применяющие эту стратегию, распределяются по уровню образования следующим образом: полувысшее образование - 36,82%, специалист здравоохранения- 40,12%, высшее – бакалавр здравоохранения - 39,25%, высшее – бакалавр управления здравоохранением - 34,34% и высшее– магистр управления здравоохранением 33,62%.

- **Опыт работы и опыт на руководящей должности:** Что касается этих демографических характеристик, то не существует статистически значимых различий в частоте реализации пяти стратегий.

## **ВЫВОДЫ**

Представленные результаты дают возможность ответить на вопросы исследования, поднятые в начале данной статьи, а именно:

1. Был установлен доминирующий стиль управления конфликтами среди старших медицинских руководителей в пяти МБИТ, а также взаимосвязь между демографическими и рабочими характеристиками личности и стилем разрешения конфликтов.

2. Наиболее часто используемый стиль управления конфликтами среди старших руководителей - это компромисс (см. Рис. 1 и Таблицу 2).

Что касается взаимосвязи между тремя исследуемыми индивидуальными характеристиками и стилем управления конфликтами, выводы заключаются в следующем:

3. Возраст руководителя влияет на выбор стиля управления конфликтами, но статистической зависимости от факторов образования, сферы деятельности или положения в иерархии не обнаружено.

**Заключение:** Медицинские специалисты в больницах являются не только основным и наиболее многочисленным ресурсом, но и наиболее сложным для регулирования и управления, несущем в себе потенциал образования конфликтов. Для успешного управления конфликтами важную роль играют как управленческие навыки в выборе стиля управления, так и возраст руководителей, их профессиональное поведение и способность общаться.

#### Литература:

1. Александрова, М., 2007. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, София, ГорексПрес.
2. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. Булвест 2000. 2009; 79- 91
3. Бикова, П., Н. Василева, М. Димитрова, А. Терзиева, Г. Чанева, 2015. Конфликти в сестринските екипи, Сестринско дело, бр. 2, с.47-50
4. Димитров, Д. Й., Конфликтология, 2004. Университетско издателство „Стопанство”, София.
5. Димитров, Д., 2008. Управленска компетентност на началникотделенията и старшите сестри, Здравна политика и мениджмънт, 5, 76-79.
6. Димитров, Д. , 2009. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт, 2, 25-30.
7. Добрилова П. Джиганска Ц. Развитие на професионалистите по здравни грижи-възможности и предизвикателства. XII МВБУ София 12-13 юни 2015;507-513

8. Добрилова П. Стефанова К. Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика. Science&Technologies, Volume VI, 2016, Number 1; 155-159
9. Маринова П. Конфликти в здравеопазването. Враца. 2002; 10-66
10. Стамболова, И., Чанева, Г., Key words conflict, medical staff. Healthcare Management. 2002; 1; 28-32
11. Barton A (1991) Conflict resolution by nurse managers. Nursing Management 22:83–6. Cavanagh S (1988) The conflict management style of intensive care nurses. Intensive Care Nursing 4:118–23.
12. De Dreu C, Evers A, Beersma B et al (2001) A theory-based measure of conflict management strategies in the workplace. Journal of Organizational Behavior 22:645–68.
13. Thomas, K. W. and Schmidt, W. H. (1976) A Survey of Managerial Interest with Respect to Conflict. The Academy of Management Journal, Vol. 19 (2), pp. 315-318