

© Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С.

УДК 316.454.54

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ИЛИ ЗАЧЕМ НУЖНЫ НАСТАВНИКИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ?

К.В. Кузьмин¹, Л.Е. Петрова², В.С. Харченко³

¹ ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург,
Россия

² МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства (институт)», г.
Екатеринбург, Россия

³ ФГАОУ «Уральский федеральный университет имени Первого президента
России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург, Россия

Резюме. В статье представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного в августе-сентябре 2024 г. и посвященного изучению состояния и перспектив развития наставничества среднего медперсонала в государственном здравоохранении Свердловской области (n=1122). Проанализированы ведущие страхи молодых специалистов, способствующие развитию профессиональной дезадаптации и последующему возможному разочарованию в выбранной профессии. На основе экспертных интервью показаны возможности наставничества в преодолении страхов «новичков», их успешной адаптации в медсестринских коллективах, закреплении на рабочих местах и создании условий для длительной работы в государственных медицинских организациях.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, профессиональная дезадаптация молодых специалистов, психоэмоциональное напряжение и негативная реакция коллег, роль и возможности наставничества.

PROFESSIONAL MALADJUSTMENT OF YOUNG PROFESSIONALS, OR WHY ARE MENTORS NEEDED IN PUBLIC HEALTHCARE?

Kuzmin K.V.¹, Petrova L.E.², Kharchenko V.S.³

¹ Sverdlovsk Regional Medical College, Yekaterinburg, Russia

² Yekaterinburg Academy of Contemporary Art (Institute), Yekaterinburg, Russia

³ Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin,
Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the results of an applied sociological study conducted in August-September 2024 and dedicated to studying the state and prospects for the development of mentoring of mid-level medical personnel in the public healthcare of the Sverdlovsk region ($n=1122$). The leading fears of young professionals that contribute to the development of professional maladjustment and subsequent possible disappointment in the chosen profession are analyzed. Based on expert interviews, the potential of mentoring to overcome the fears of "newcomers", facilitate their successful integration into nursing teams, ensure their retention in their positions, and create conditions for long-term employment in public healthcare organizations is demonstrated.

Keywords: nursing personnel, professional maladjustment of young professionals, psycho-emotional stress and negative reactions of colleagues, the role and opportunities of mentoring.

Введение

Одними из наиболее значимых проблем российского здравоохранения, требующих как принятия соответствующих организационных мер, так и детального научного осмысливания, являются проблемы сохранения кадрового потенциала врачебных и медсестринских коллективов и сокращения масштабов оттока специалистов из государственных медицинских организаций.

По данным Минздрава РФ [1], в конце 2024 г. дефицит врачей в первичном звене составил 23 тыс., а среднего медперсонала – 75 тыс. чел.; и это при том, что за период 2018-2023 гг. количество штатных должностей названных специалистов сократилось соответственно на 45 тыс. и 163 тыс. единиц. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [2], обеспеченность специалистами среднего звена – медсестрами и акушерками – в пересчете на 10 тыс. населения сократилась в России в 2015-2022 гг. на 25% – с 93,9 до 70,4 чел. (в среднем по миру в 2022 г. – 37,7). Учитывая же радикальные изменения в структуре населения, а именно – рост удельного веса пациентов пожилого и старческого возраста, в первую очередь нуждающегося в долговременном медсестринском уходе и сопровождении, указанная отрицательная динамика вызывает серьезную тревогу.

Целый ряд публикаций отечественных исследователей посвящен изучению профессиональной адаптации на рабочих местах как важнейшей составляющей социального самочувствия специалистов среднего звена с акцентом на изучении

факторов, ей содействующих. Например, О.Д. Воробьева (2015) [3] подчеркивает важность составления индивидуальных планов адаптации молодых специалистов, ориентированных на «максимально быстрое освоение профессиональных компетенций»; Качанов Д.А. и соавт. (2019) [4] акцентируют внимание на влиянии производственных факторов на психофизиологическую адаптацию медработников; Е.Ю. Антохин и соавт. (2010) [5], А.С. Кузнецова и соавт. (2021) [6] – на изучении стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий) как важнейших форм адаптационных процессов и реагирования на стрессовые ситуации; И.В. Федотова и соавт. (2020) [7] – на оценке показателей нервно-эмоционального напряжения в зависимости от особенностей профессиональной деятельности молодых специалистов; Н.В. Ванюхина и соавт. (2022) [8] – на анализе показателей тревожности и жизнестойкости среднего медперсонала как индикаторов профессионально-трудовой адаптации в экстремальных ситуациях (на примере пандемии новой коронавирусной инфекции); и др.

В то же время, куда меньше внимания уделяется «оборотной стороне» медали, а именно анализу того, что *дезадаптирует* молодого специалиста, приходящего на работу в государственную медицинскую организацию после окончания колледжа, и *содействует* его «успешному» выгоранию, разочарованию в выбранной профессии и, в результате, возможному впоследствии уходу из здравоохранения. При этом, на наш взгляд, нельзя просто поменять «плюс» на «минус» и из факторов адаптации вывести их противоположности – факторы дезадаптации, имеющие в первую очередь психоэмоциональную природу своего возникновения.

К тому же, средний медперсонал достаточно редко привлекает к себе внимание в качестве объекта изучения: отдельными примерами тому могут служить публикации, посвященные анализу влияния профессиональных стрессов и особенностей психосоматизации медицинских работников [9, 10], взаимообусловленности заболеваемости и синдрома профессионально-психологической дезадаптации [11], влиянию личностных особенностей и смысложизненных ориентаций [12, 13], возможностей психологической коррекции состояния дезадаптации [14] и др. И все же при том что, согласно подсчетам Е.А. Попинако (2022) [15], удельный вес диссертационных исследований по научной специальности 14.00.00 Медицина, проведенных в 2001-2022 гг. и посвященных проблемам дезадаптации, составил 27,27% от общего числа, уступив только психологии (45,45%), сами медицинские

работники выступали в качестве субъектов дезадаптации лишь в 2,2% (наибольшей же популярностью пользовались обучающиеся – 31,1%, подростки – 24,4%, дети и студенты – по 8,9%).

Цель работы

Анализ страхов, провоцирующих процессы профессиональной дезадаптации молодых специалистов на рабочих местах, и возможностей внедрения наставничества среднего медицинского персонала в организациях государственного здравоохранения.

Материалы и методы

При написании статьи использованы материалы онлайн-опроса среднего медицинского персонала государственных организаций здравоохранения ($n=1122$), в том числе 27 главных медсестер, проведенного в августе-сентябре 2024 г., и структурированных интервью с главными медицинскими сестрами, работающими в екатеринбургской городской больнице (И1) и центральной районной больнице одного из малых городов Свердловской области (И2). Методы: одномерный и сравнительный анализ, интерпретативный анализ экспертных интервью. Исследование проведено по Плану государственного задания Министерства здравоохранения Свердловской области (2024 год).

Результаты и обсуждение

Респондентам, принявшим участие в исследовании, был задан вопрос о том, какие препятствия возникают на пути успешной адаптации молодых специалистов среднего звена, пришедших на работу в медицинскую организацию, с предложением выбрать все возможные варианты из готового списка утверждений (рис. 1).

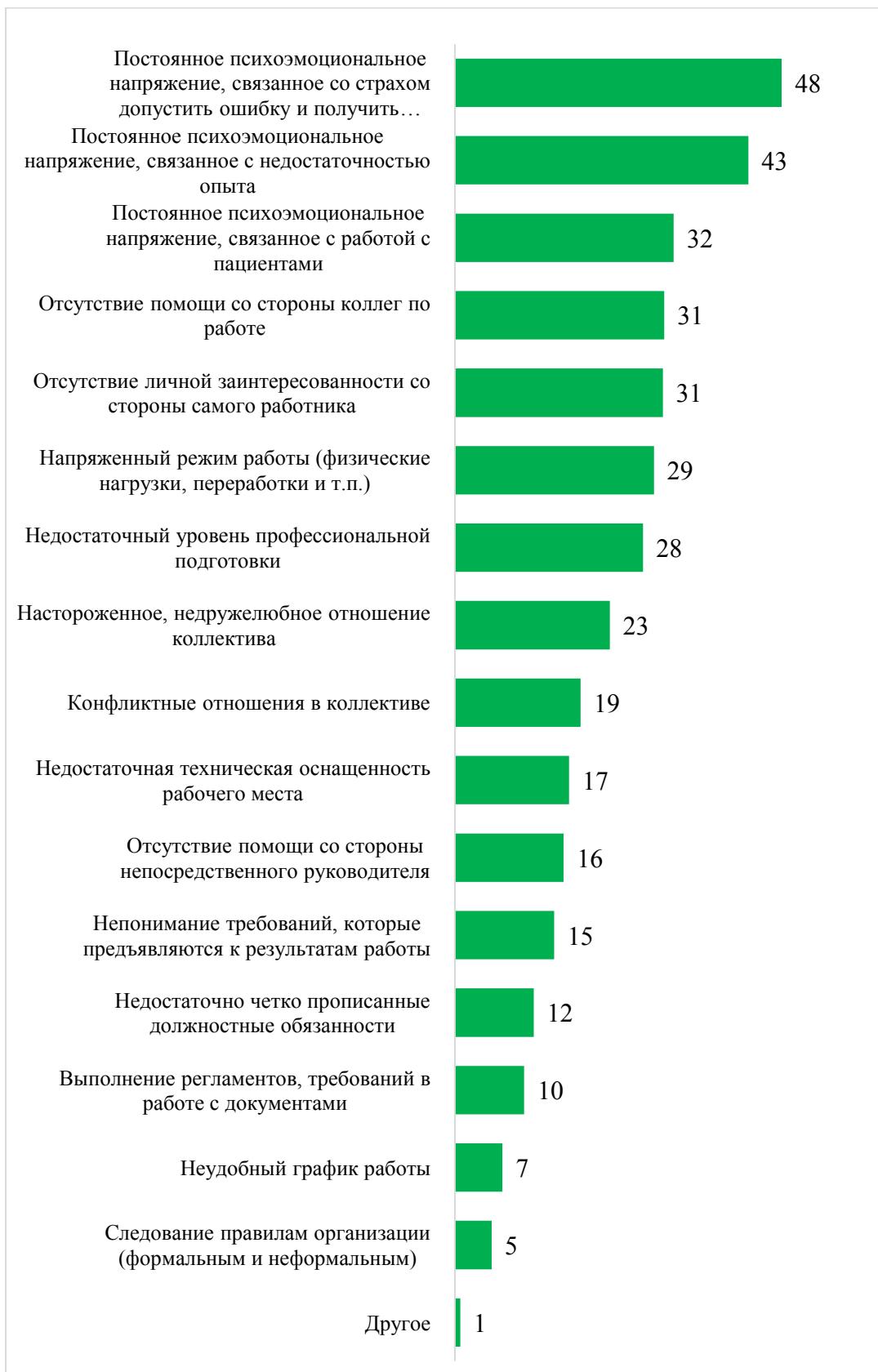


Рис. 1. Препятствия на пути адаптации новых сотрудников (в % от общего числа опрошенных; n=1122; опрошенные могли выбрать неограниченное число вариантов ответа)

Итак, исходя из результатов, полученных в ходе исследования, очевидно, что в сознании молодых специалистов здравоохранения присутствуют 3 группы комплексных страхов, выраженных в постоянном психоэмоциональном напряжении, во многом определяющих поведение на рабочем месте в первые дни и месяцы работы, нарушающих процесс профессиональной адаптации и, при этом, выступающих в своеобразном взаимозависимом единстве, а именно:

1. Страхи – реальные или гипотетические, но вызванные особенностями взаимодействий внутри медсестринских коллективов по поводу неизбежно допускаемых «новичками» ошибок и возможных негативных реакций на них со стороны «старших» коллег;
2. Страхи, провоцируемые естественным и вполне объяснимым осознанием молодым работником недостаточности собственного практического опыта, когда знания и умения, полученные в ходе обучения в медицинском колледже, сталкиваются с текущими реальными требованиями к квалификации специалиста, предъявляемыми уже в период самостоятельной профессиональной деятельности;
3. Страхи, связанные со спецификой взаимодействий с пациентами и их близкими, отражающей особенности как типа и профиля медицинской организации, так и «нозологических проявлений» больных людей в совокупности клинических, лабораторных и инструментальных признаков, характеризующих конкретные заболевания и их последствия.

Первая группа – постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное со страхом допустить ошибку и получить негативную реакцию со стороны коллег – является ведущей; на нее обращает внимание почти половина опрошенных (48%). Одновременно каждый 4-й участник опроса (23%) отмечает настороженное и недружелюбное отношение к «новичкам» внутри медсестринских коллективов, каждый 5-й (19%) – конфликтные отношения, возникающие при взаимодействии молодых специалистов с коллегами, а каждый 6-й (16%) обращает внимание на то, что «новичку» попросту нет возможности обратиться за советом в сложной ситуации к своему непосредственному руководителю.

На вторую группу страхов, препятствующих благоприятной адаптации молодых специалистов на рабочем месте, – постоянное психоэмоциональное напряжение, связанное с недостаточностью опыта, – указывают чуть меньшее число участников опроса – 43%. Однако при этом показательным является наблюдаемое противоречие

в оценках причин отсутствия опыта: с одной стороны, почти трое из 10-ти опрошенных отмечают недостаточный уровень профессиональной подготовки выпускников колледжей (28%) и отсутствие личной заинтересованности со стороны самих работников овладевать «практическим опытом» (31%), но, с другой стороны, такая же доля респондентов (31%) сетует на отсутствие помощи «новичкам» со стороны коллег по работе.

В результате возникает своеобразная триада: «мало опыта» → «страх ошибки» → «негодование коллег». Наличие указанных страхов в целом может свидетельствовать как о недостаточной сформированности организационной культуры, так и о неблагоприятном морально-психологическом климате, подчас присутствующем в некоторых медсестринских коллективах.

Наконец, третья группа страхов проецируется постоянным психоэмоциональным напряжением, связанным с работой с пациентами и общением с их близкими, – хотя на нее обращает внимание только треть участников опроса (32%), это все же не означает, что она не столь важна по значимости по сравнению с особенностями взаимодействий внутри коллективов средних медицинских работников либо с недостатком практического опыта у молодых специалистов.

Страхи перед пациентами и их социальным окружением могут иметь разную природу возникновения. С одной стороны, они могут возникать из-за напряженного режима работы среднего медперсонала – физических нагрузок, переработок и т.п. (на это обращают внимание 29% респондентов), недостаточной технической оснащенности рабочего места (17%), непонимания требований, предъявляемых к результатам работы (15%), или по причине недостаточно четко прописанных должностных обязанностей (12%).

Однако, с другой стороны, развитие таких страхов свидетельствует о наличии пробелов в профессиональной подготовке специалистов на уровне средних медицинских учебных заведений. К примеру, согласно нашему исследованию [16], проведенному весной 2024 г. с целью оценки психологической готовности студентов медицинского колледжа к систематической работе с пациентами пожилого и старческого возраста, выяснилось, что при достаточно высокой самооценке опрошенными своей «теоретической» готовности взаимодействовать со «стариками», выраженной в обладании необходимыми знаниями для оказания квалифицированной помощи, значительная группа студентов – почти 2/5 – сомневается в своих

способностях эффективно действовать «на практике» при возникновении экстремальных ситуаций и в том, что их знаний в этих случаях будет достаточно, а каждый 5-й вообще не уверен в том, что готов сделать все возможное при оказании помощи пожилым пациентам.

Однако при этом, как заметила в интервью одна из наших информанток – главная медицинская сестра екатеринбургской городской больницы (*далее в статье – И1*), подчас возникают ситуации, когда никто не хочет заниматься адаптацией или помощью «новичку», и тому приходится все выяснять самостоятельно: *«Бывает так, что в больнице никто не хочет этим заниматься, никому это неинтересно и ничего этого не надо! Вот тебя поставили на это место и вот, как ты хочешь, так ты и делай. Разбирайся сам...»*. С другой стороны, сами молодые специалисты могут оказаться неготовыми к работе, требующей не только огромной персональной ответственности, но и необходимости постоянно меняться, *«быть в курсе событий»*: *«У нас все время что-то происходит, мы все время что-то делаем..., и многие не настроены на это. Они [молодые специалисты] говорят – сел, занимаешься своей вот [работой], ну вот, грубо говоря, сел и все, и ты не встаешь. Потом встал, рабочий день закончился, и ты ушел. Ну вот сколько я работаю, по этой причине ушло два человека. То есть конкретно, они проработали два-три месяца, поняли, что не справляются, не хотят, устают. Ну, им не нравится»*.

Итак, можно наблюдать, что страхи и стрессовые ситуации, выраженные в постоянном психоэмоциональном напряжении, подстерегают молодого работника как внутри коллектива, так и при общении с пациентами. И, что показательно, *«боятся» в первую очередь* первых, но не вторых. Естественно, что, оказавшись один на один со страхами, не получая своевременной и дружеской помощи со стороны коллег и руководителей медсестринских коллективов, вчерашние выпускники медколледжа испытывают разочарование в выбранной профессии и нередко вообще покидают сферу здравоохранения, полагая, что *«это – не мое»*.

При этом налицо очень высокий сформированный запрос молодых специалистов именно на помощь трудовых коллективов и их руководителей в преодолении трудностей адаптации на рабочем месте. Так, по данным нашего исследования [17], проведенного в начале 2023 г., наиболее востребованными для сотрудников государственных медорганизаций со стажем работы *менее одного года* являются: 1) возможность обращаться за помощью к коллегам (79% опрошенных); 2)

доброжелательные отношения в коллективе (67%); 3) получение помощи от непосредственного руководителя (50%).

Очевидно, что молодой специалист, пришедший на свое первое место работы, может столкнуться со сложными ситуациями в первые же дни самостоятельной трудовой деятельности: как отметила другая наша информантка – главная медицинская сестра центральной районной больницы (*далее в статье – И2*), «*у нас пришла медицинская сестра в хирургическое отделение, а вечером поступил тяжелый пациент, и она растерялась. Она села и заплакала. И, конечно, вот в такой момент у нас всегда должен быть человек, который ее поддержит, подскажет, поможет и наставит, подскажет, что сделать*».

Следует заметить, что трудности общения с пациентами в целом составляют серьезную проблему не только для молодого специалиста, но и для опытного «стажиста»: «*Он [пациент] тебя может в коридоре... обозвать всеми словами, которые знал и не знал, но ты ему при этом должен помочь. ...Нельзя срываться, как бы ты ни хотел, ты должен говорить спокойно, объяснять..., потому что, да, человек больной, он хочет что-то, а не получает его, начинает агрессию... проявлять. Помочь человеку, который по какой-то причине даже может и тебе неприятен, или ты ему неприятен, – мы должны это сделать. Это больной человек, он пришел за помощью, мы ему должны оказать эту помощь, мы должны сделать все, чтобы ему помочь и облегчить его и страдания, и боль, и чтобы у него был какой-то результат от нашей помощи*» (И1).

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости целенаправленной и тщательно спланированной работы по «вхождению» новичков в медицинскую организацию, и здесь важным является не только внедрение наставничества как организационной формы адаптации и назначение наставников, но и формирование общих установок на доброжелательность и поддержку внутри коллектива в целом на основе создания отношений «аутентичной дружбы» [18], базирующейся, в первую очередь, на коммуникации.

Наши информантки по этому поводу сообщают, что «*все друг с другом разговаривают, все друг другу помогают. Нету такого, чтобы... тебя бросили, и ты один плаваешь, плаваешь, плаваешь, выгребешь-не выгребешь... Нет, такого нет, очень приятно, когда люди находят дружеское общение на работе. А, соответственно, они будут держаться за эту работу, потому что им комфортно [и] даже если тебе не помогут, но тебе скажут, где посмотреть, что увидеть и где прочитать*» (И1); «*все*

отделение всегда... новеньких поддерживает. ...У нас чек-листы разработаны на разные направления, потому что деятельность разная. Например, если мы берем фельдшера в предрейсовый кабинет, там один вид деятельности. Если медицинская сестра в терапевтическое отделение, там другой вид деятельности» (И2).

Важным фактором адаптации является знакомство с коллективом и налаживание коммуникаций в разных подразделениях больницы: «Ежегодно мы проводим... традиционное мероприятие "Добро пожаловать". Новенькие обычно у нас осенью приходят... как раз по завершению медицинских колледжей, и мы проводим такое теплое дружеское торжественное мероприятие» (И2). А затем: «...Каждый вторник, с часу до двух, проходит линейка. Собираются врачи, и медсестры – и "узкие", и участковые. ...Все разговаривают после линейки или до линейки, узнают какие-то новости, там приказы, еще что-то. И все знают, к кому обратиться. Мы, например, за помощью к медсестре-неврологу обратились. Она там сказала, что так, как-то вот так вот, будет вот так вот. Все ясно-понятно. [...] Когда уже не могут какие-то проблемы решить, это точно такое же личное отношение. Кто-то кому-то не нравится, кто-то с кем-то не нашел общество. Без этого ведь тоже никак. Все разные. Тогда уже обращаются к нам... – к старшим, да» (И1).

При этом важнейшим показателем качественной адаптации являются хорошие взаимоотношения в коллективе («*добroe, позитивное отношение..., что мы поможем, мы не откажем, [и] это чувство общности, коллективизма, как бы, от нас его не убирали*»), которые, в первую очередь, должны видеть пациенты, что напрямую отражается в отсутствии жалоб на отношение медперсонала к получателям медицинской помощи – больным и их близким: «*Очень приятно, когда не жалуются именно на отношения. Таких жалоб, ну, очень мало..., что медсестра со мной не поговорила, от меня отмахнулись, мне не оказали помощь, ...не поддержали в какой-то вот ситуации, не объяснили... Вот таких жалоб – их очень мало. И это огромный результат. И когда медсестра... не срывается, а все-таки пытается донести до пациента..., который проявляет эту агрессию, они не встречают ее в ответ, это тоже огромный результат. Очень надо стараться, чтобы не проявить агрессию*» (И1).

В то же время, молодому специалисту крайне важно самому сообщать о своих трудностях и просить помощи: «*Главное – разговаривать, главное – общаться. Ну, кто тебе поможет, если ты будешь сидеть, молчать и ничего не говорить? Ну, никто же не придет. ...Будешь просить о помощи – тебе будут помогать, будешь спрашивать – будут*

отвечать. Можно "вариться в своем соку", можно закрыться в кабинете, но [тогда] ты будешь один и будешь карабкаться сам» (И1).

При этом, как отмечают наши информантки, недавних студентов учить гораздо легче, чем опытных специалистов, пришедших на работу из другой медорганизации или переехавших из другого региона, которых приходится переучивать: «*Когда приходят студенты, их надо учить. А те, которые приходят из другой больницы, либо с другого какого-то профиля, их надо переучивать. И вот тут бывает, что старый опыт иногда мешает тому, чего требует руководство данного отделения. А молодые, которые студенты, у них еще ничего нет за плечами, поэтому их надо научить. И тут уже в зависимости от этого самого студента, как он осваивает – быстро это понимает или не быстро» (И2).*

Тем не менее, ключевую роль в процессе адаптации должен играть наставник, которого вместе с подопечным в первые рабочие дни ставят в одну смену, чтобы было удобнее работать вместе – у наставников обычный рабочий день, но он в течение дня обучает новичка, помогает ему в работе: «*Каждый все равно свои деятельности выполняет, не освобождается ни от чего. В первый день проводится... маршрутизация по больнице, потому что у нас много подразделений, больница состоит из нескольких корпусов.... Если, например, медсестру ставим в процедурный кабинет, то знакомим с процедурным кабинетом, с рабочим местом, где что лежит, где что взять и куда обратиться, если вдруг что-то стало непонятно. Ну, простые, банальные даже, вещи, вот сестринская комната, где шкаф, где у нас хранится спецодежда, где должна будет храниться верхняя одежда, куда можно принести и положить с собой тормозок с едой. Ну, это тоже важно, это такие простые элементарные вещи, но они очень важны в работе» (И2); «*спрашиваем, устраивает ли его график работать, потому что поликлиника работает с 8.00 до 20.00. И первая-вторая смена, это не всегда будешь первым работать... Показываем саму поликлинику, где что находится, по пути там [с кем-нибудь] знакомится, видит кого-то... Когда человек приходит, садится рядом с компьютером, видит, что делает [участковая] медсестра, как она работает, как она выходит на участок, как она ходит на вакцинацию» (И1).**

В тех медицинских организациях, где наставничество существует только на неформальном уровне, в первый день знакомят новичка с тем, к кому будет прикреплен новый сотрудник: «*Я представляю, что вот это наша новая медсестра; она будет работать на таком-то участке... с таким-то доктором, представляю...*

[участковую] медсестру, говорю, что вы будете с ней работать... сегодня с такого-то по такое-то время, завтра я вам уже скажу, с кем вы дальше будете работать: "Помогаете, сидите там, ходите с ней в поликлинику и всё. Вы учитесь у нее, а она учит вас, учительница – ученику"; вот в таком вот плане. Мы стараемся [сделать] так, чтобы... молодой специалист все-таки обучался с утра, потому что работают все кабинеты – диспансеризация, вакцинация, процедурная, чтобы человек видел это все, мог в эти кабинеты сходить. И поэтому не обязательно, что это будет все время один человек. Она может два дня с этим человеком, три дня – с этим человеком, потом уйти в кабинет вакцинации, просидеть в кабинете диспансеризации. В [итоге] получается, что человек вливается в коллектив очень быстро, он со всеми знакомится, он со всеми общается, он знает эту работу, коллектив знает его, а он знает коллектив. И человек изучает в таком режиме работы повседневной, когда он понимает, что он будет работать вот так каждый день. ...А тут он полностью обучается, видит всех» (И1).

Важным аспектом в адаптации является обучение работе с документацией, и наставник – формальный или неформальный – должен быть готов помочь наставляемому в любое время: «Работа с документацией, конечно, то есть какие журналы, как, что, где, чего, как заполняется, то есть наставник все равно постоянно смотрит за наставляемым, помогает ему, объясняет, повторяет, то есть он всегда может ему позвонить, хоть днем и ночью, и спросить – как и чего; и вот он всегда все подскажет. Наставник сам должен быть на высоте и сам должен владеть всем. Направление здравоохранения – это такая отрасль, которая развивается в настоящее время семимильными шагами. Приказы постоянно обновляются и, соответственно, надо, чтобы наставник-то в первую очередь владел информацией актуальной» (И2).

Очевидно, что не всякие сотрудники, даже имеющие солидный стаж работы в здравоохранении, годятся для исполнения ролей наставников; ими не должны становиться «по приказу» те, кто только готов передавать свои опыт и знания молодым специалистам, но те, кто, с одной стороны, обладает соответствующими педагогическими способностями («у нас в каждом подразделении есть специалисты, которым присвоен статус "опоры", "авторитета", и они у нас являются наставниками..., которые готовы сотрудничать, готовы передавать свои знания, ...есть какие-то педагогические направления деятельности» – И2), а с другой – желанием постоянно учиться и обновлять собственные профессиональные и коммуникативные навыки: «Хорошо бы были бы какие-то тренинги, занятия, может групповые, может

индивидуальные, ...именно по наставничеству, чтобы делиться, чтобы я вот в своем соку вот тут варюсь, у меня вот так вот, а у кого-то может быть интересное что-то, и мне это надо, я бы с удовольствием это тоже бы внедрила, а кто-то, наоборот, от меня что-то бы взял, типа кухонных столов (?), вот [чтобы] они бы были, [чтобы] собирались, разговаривали, пусть там в какой-то период раз... Кто что умеет, кто что наработал. Просто даже между собой поговорить» (И1).

Инициаторами и организаторами обучающих мероприятий для наставников должны стать, с одной стороны, медицинские колледжи («много направлений получается обучения, ...надо учить и отношению к пациенту, правилам общения, тут много направлений... разных абсолютно, то есть направления наставничества разные получаются; обучающие курсы... наш колледж должен разместить на портале непрерывного медицинского образования, [тогда] я думаю, мы... активно проучим своих наставников» – И2), а с другой – местные отделения Российской ассоциации медицинских сестер (РАМС): «Забыли, что есть такое слово "Ассоциация медицинских сестер". Молодежь не знала это слово, а опытные уже просто забыли, что она все еще существует. И сейчас Ассоциация начала очень активно работать, проводить мероприятия различные. И, конечно, это очень хорошо..., про медсестер помнят, что-то проводится, о них заботятся, какие-то образовательные модули, обмен мнениями, обмен опытом, практиками...» (И1).

Кроме этого, важнейшим условием назначения наставником является желание самого сотрудника: «На каждого новенького стараемся закрепить наставника, чтобы процесс адаптации проходил, [но] первое всего – желание человека быть наставником. И, конечно, мы оцениваем его навыки в работе, его умения, ну и также учительский талант, это немаловажно. Старшая медсестра все равно знает всех своих сотрудников, и она может адекватно оценить, кто может быть наставником, а кто – нет» (И2); «не все [могут быть наставниками]. Кто-то просто не умеет... учить. Он будет учиться от другого человека, а сам не умеет учить. Ему и самому некомфортно это. Я же знаю этих людей, я уже к нему не поведу никого. Но человек сам... будет прекрасно работать, он будет учиться у другого, но вот он сам не может. Для него это тяжело. Он будет работать, но вот объяснять другому он не сможет» (И1).

На вопрос о том, как же привлечь в наставничество опытных работников, наши информанты проявили полное единодушие, выявив две составляющие.

Во-первых, «очень банально – деньги. ...Понимаете, мы все же работаем за деньги,

нам никто ничего не дал бесплатно. И если бы была какая-то поощрительная система для наставников, то, конечно, это был бы огромный плюс. Может быть какой-то процент зарплаты, [но] все же любят... конкретность, ну, я думаю о трех тысячах [в месяц], хотя бы вот было бы... вот за этого человека – за одного; я знаю, что я в него вкладываю знания, вкладываю свои умения, я его сопровождаю потом, ну даже пусть вот этот месяц я его сопровождаю, но я понимаю, что мне это вернется в виде материального стимула, да, я не просто так это делаю, не на голом энтузиазме» (И1); «если молодой специалист прижился у нас и отработал 3 года, то [его наставнику] в декабре-месяце выплачивается стимулирующая выплата – 10 тысяч рублей. Вот в прошлом году [2023 г. – прим. авт.] у нас первый был такой опыт. У нас получили такие выплаты 3 человека. И один из них даже за двоих получил 20 тысяч к Новому году; поэтому это тоже очень подстегнуло...» (И2).

Во-вторых, моральные поощрения, так как «не всегда финансовая поддержка – это итог всего, главное – интерес чтобы был у людей» (И2). Одним из стимулов к работе является участие в конкурсах наставников различного уровня – от внутрибольничных до региональных и всероссийских: «Очень важно такое признание, что ты работаешь, тебя признают как специалиста, как профессионала, пусть это не будет какое-то первое-второе-третье место, ты участвовал, ты смог, ты это сделал. Это тоже преодоление себя..., не знаю, выйти на сцену, что-то сказать, куда-то пойти там, с кем-то поговорить. Это же тоже не каждый хочет и может это сделать» (И1). Кроме этого, необходимы «праздничные, "наградительные" мероприятия... То есть твой труд заметен. Тебя заметили, тебя поощрили. Тот же концерт. Это тоже вот такой большой плюс, когда замечают обычных, не руководящих работников, обычную медсестру, обычную санитарочку» (И1); «как стимул... грамота какая-то. А самому наставнику, когда получает этот статус, вручается удостоверение. Обычно это на... конференции такой всеобщей для среднего медицинского персонала. [Все] видят..., что этот человекуважаем в коллективе – наставник, поэтому подрастающее поколение стремится, чтобы им тоже было это звание присвоено» (И2).

Важнейшим атрибутом наставнической деятельности является четкое планирование, измеряемое не только днями, неделями или месяцами работы молодого специалиста («между наставником и наставляемым заключается... соглашение и составляется индивидуальный план на 6 месяцев. И уже по этому плану идет контроль за адаптацией сотрудников: каждый месяц наставник заполняет... чек-лист, в котором

он ставит уровень освоения, насколько [молодой специалист] уже готов работать самостоятельно и так далее, и мы в течение всего этого времени видим, как вообще происходит процесс адаптации, ...видим, что – нет, сотрудник тут не освоился, и вот в течение всего полугода мы за ним смотрим... и уже через полгода смотрим, влился ли новый сотрудник в коллектив или что-то не пошло не так; если по итогам подведения всех обучающих мероприятий человек где-то еще не успел освоиться, мы можем продлить наш цикл» – И2), но и учитывающее личные качества наставников: «Самое сложное – войти в этот ритм, распределить свое время так, чтобы все успеть, все сделать, не оставить что-то на потом... Каждому свой план, своя скорость, свой темперамент, и каждый делает так, как ему удобно. Мы же все разные, так невозможно сказать, что ты вот так приходи, вот это вот делай... Кто-то делает это с утра, кто-то делает это после основной работы» (И1).

Главная цель наставничества – в удержании ценных кадров, «чтобы оставить сотрудников, закрепить на местах своей организации, чтобы никуда не потерять кадры драгоценные» (И2); «ты уже понимаешь, что твоя работа приносит результат, что люди остались работать, что они не стали бегать искать что-то другое. Их устраивает и моральный коллектив, и материальная составляющая, и сам функционал этой работы; ...они работают» (И1). Важнейшая задача работы наставников – научить своих подопечных самостоятельной работе, умению самостоятельно принимать решения: «Уже через полгода... [молодой специалист] должен сам принимать все решения, сам делать, и чтобы это какой-то приносило результат» (И2).

Здесь следует заметить, что аналогичные выводы были получены при анкетировании главных медицинских сестер 27 медорганизаций Свердловской области: так, отвечая на вопрос, в чем главное назначение наставничества, свыше половины указали, что, с одной стороны, необходимо «сформировать у наставляемого уверенность в собственных силах и заинтересованность в успешном профессиональном росте», а с другой – «оказывать постоянную поддержку наставляемому, объективно и доброжелательно оценивать достигнутые успехи, пусть и очень небольшие».

Что же касается функций наставников, то, помимо обучения молодых специалистов умениям «самостоятельно и качественно выполнять возложенные обязанности», руководители медсестринских коллективов называли: 1) «быть терпимым к ошибкам и промахам наставляемого и привить ему любовь к профессии»; 2) «помочь

закрепиться в выбранной профессии, специальности»; 3) «выявить и совместно устранить допущенные ошибки в работе»; 4) «обучить эффективным методам работы и общения с пациентами и их близкими»; 5) «помочь быстрее и в полной мере усвоить нормы и правила поведения в организации».

В целом, по мнению участников исследования, именно от наставника – формального, назначенного по приказу, или неформального – зависит то, какой след первые годы работы в медицинской организации оставят в памяти молодого специалиста: *«Я думаю, что каждый наставник оставляет определенный след у молодого специалиста, и этот след на всю жизнь»* (И2); *«и они прекрасно ладят, они друг другу помогают, потом общаются, все друг с другом перезваниваются»* (И1).

В ходе исследования были выявлены значительные препятствия, затрудняющие успешную адаптацию молодых специалистов в государственном здравоохранении и ухудшающие качество их работы уже в первые годы профессиональной деятельности.

В рамках совершенствования процесса адаптации молодых сотрудников необходимо планомерное развитие системы наставничества посредством организации регулярного сопровождения и поддержки со стороны опытных специалистов, способствующих быстрому освоению практических навыков и уменьшению профессиональных «страхов».

Не менее важными представляются, с одной стороны, формирование благоприятного психологического климата внутри медсестринских коллективов через проведение тренингов и семинаров по улучшению межличностных коммуникаций, развитию командного духа и созданию атмосферы доверия и взаимопомощи, а с другой – психологическая поддержка молодых специалистов посредством создания служб психологической помощи для снижения тревожности и стресса на начальных этапах их трудовой деятельности.

Наконец, необходимыми мерами по снижению ощущения профессиональной дезадаптации молодых специалистов являются их обучение эффективным методикам общения с пациентами и их семьями и регулярный мониторинг мнений пациентов, позволяющий своевременно выявлять проблемы, возникающие не только при оказании медицинской помощи, но и в оценках внутреннего психологического климата в медсестринских коллективах.

Выводы

Исследование позволило выявить 3 группы комплексных страхов, оказывающих

существенное воздействие на успешность адаптации молодых специалистов среднего звена в медицинских организациях:

1. «Страхи перед ошибками» – постоянное психоэмоциональное напряжение, вызванное страхом совершить ошибку и столкнуться с негативной реакцией коллег, которое сочетается как с настороженностью по отношению к «новичкам» и конфликтами внутри медсестринских коллективов, так и с недостаточной поддержкой руководителей в сложных ситуациях.

2. «Страхи недостаточности опыта» – психологическое давление, обусловленное отсутствием достаточного практического опыта, возникающее в силу разных причин – от недостаточного уровня профессиональных компетенций и отсутствия желания учиться и развивать практические навыки до дефицита психологической поддержки и наставничества со стороны опытных коллег.

3. «Страхи перед пациентами» – эмоциональное напряжение и стрессы, возникающие вследствие взаимодействия с пациентами и их близкими и вызванные как «нозологическими» особенностями больных людей, так и пробелами в профессиональной подготовке специалистов на уровне средних медицинских учебных заведений.

Выводы подчеркивают необходимость создания позитивной атмосферы взаимодействия в сестринских коллективах для повышения эффективности процесса адаптации молодых специалистов. Существенное воздействие на преодоление страхов может оказать как планомерное и тщательно продуманное внедрение системы наставничества среднего медицинского персонала с соответствующим отбором и обучением наставников, так и меры по формированию дружественной молодым специалистам организационной культуры в медсестринских коллективах, обеспечивающей условия для преодоления барьеров адаптации, повышающей мотивацию и снижающей риски ухода из профессии.

В рамках эффективного решения названных проблем предлагаем ряд практических рекомендаций, направленных на создание условий, способствующих успешной адаптации молодых специалистов:

1. Для преодоления «страхов перед ошибками» необходимо формирование благоприятной среды воспринимаемой поддержки, помогающей снизить уровень стресса и тревожности молодых специалистов за счет проведения регулярных тренингов по развитию коммуникативных навыков, способствующих улучшению

взаимопонимания между коллегами и снижению конфликтов, а также обеспечение адекватной поддержки непосредственными руководителями в сложных ситуациях.

2. Для преодоления «страхов недостаточности опыта» необходимо планомерное внедрение системы наставничества, включающей в себя тщательный подбор и обучение наставников и обеспечивающей поддержку и развитие молодых специалистов, а также организация периодических курсов повышения квалификации и тренингов для развития профессиональных навыков и уверенности в себе.

3. Для преодоления «страхов перед пациентами» необходимо как улучшение качества подготовки специалистов среднего звена в медицинских колледжах, так и проведение тренингов по эффективному взаимодействию и развитию навыков эмпатии в работе с пациентами и их семьями, включая изучение особенностей поведения пациентов с различными заболеваниями

Реализация названных рекомендаций требует комплексного подхода, включающего участие всех уровней медицинской организации – от руководства до непосредственных исполнителей.

Список литературы

1. В России зафиксировали рекордную утечку специалистов со средним медобразованием // Медвестник. 20.07.2025 г.
<https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-zafiksirovali-rekordnuu-utechku-specialistov-so-srednim-medobrazovaniem.html>
2. Nurses and midwives. Density of nursing and midwifery personnel (per 10,000 population). Official estimate updated April 30, 2025 // World Health Organization.
<https://data.who.int/indicators/i/B54EB15/5C8435F>.
3. Воробьева О.Д. Адаптация выпускников средних специальных учебных заведений в медицинских организациях // Пермский медицинский журнал. 2015. Т. XXXII. № 2. С. 81-85.
4. Качанов Д.А., Манюшина В.М., Соловых Т.С., Чернова К.А., Мкртчян Г.В. Влияние производственных факторов на состояние организма медицинских работников // Международный научно-исследовательский журнал. 2019. № 11(89). Ч. 1. С. 130-134. DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.89.11.023>
5. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Байдавлетова Э.Т., Друзь В.Ф., Чалая Е.Б., Бомов П.О. Копинг-поведение у медсестер психиатрической и соматической клиник // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2010. № 39-1. С. 5-

14.

6. Кузнецова А.С., Гущин М.В., Титова М.А. Трудовой стресс и проактивные копинг-стратегии среднего медицинского персонала на начальном этапе пандемии COVID-19 // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2021. № 2. С. 199-236. DOI: 10.11621/vsp.2021.02.10
7. Федотова И.В., Васильева Т.Н., Блинова Т.В., Умнягина И.А., Ляпина Ю.В., Некрасова М.М., Страхова Л.А., Зуев А.В. Оценка показателей нервно-эмоционального напряжения у персонала медицинских центров в зависимости от особенностей их профессиональной деятельности // Медицина труда и промышленная экология. 2020. № 60(10). С. 650-657.
<https://doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-10-650-657>
8. Ванюхина Н.В., Семенова-Полях Г.Г., Старовойтова С.Ю., Филатова-Сафонова М.А. Динамика тревожности и жизнестойкости в деятельности медицинских работников в продолжительных условиях коронавирусной инфекции // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2022. Т. 32. Вып. 1. С. 57-66. DOI: 10.35634/2412-9550-2022-32-1-57-66
9. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности психосоматизации медицинских работников с профессиональными деформациями. Здравоохранение Российской Федерации. 2020. Т. 64. № 5. С. 278-286.
<https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-278-286>
10. Бонкало Т.И., Полякова О.Б. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № S2. С. 1197-1201. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201.
11. Гольменко А.Д., Ильин В.П., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л. Гипотеза взаимообусловленности заболеваемости медицинских работников и синдрома профессионально-психологической дезадаптации // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2016. Т. 1. № 6(112). С. 39-43.
12. Гафарова Н.В. Влияние личностных особенностей на социальную и профессиональную дезадаптацию на примере исследования медицинских работников // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2011. № 42(259). С. 84-90.

13. Папко Е.В. Смысложизненные ориентации в профилактике психического здоровья медицинских работников в связи с пандемией COVID-19 // Психолог. 2023. № 5. DOI: 10.25136/2409-8701.2023.5.39152
14. Раевский А.А., Ивашев С.П., Миронова А.П. Определение мишенией психологической коррекции состояния дезадаптации медицинских работников, оказывающих стационарную медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15. № 2. С. 42-51. DOI: 10.14529/jpps220204
15. Попинако Е.А. Профессиональная дезадаптация как предмет современных научных исследований // Российский девиантологический журнал. 2022. № 2(2). С. 139-150. DOI: 10.35750/2713-0622-2022-2-139-150
16. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е. Проблемы и противоречия в оценке психологической готовности студентов медицинского колледжа к взаимодействию с пациентами пожилого и старческого возраста // Ученые записки Российской государственного социального университета. 2025. Т. 24. № 2(175). С. 36-44. DOI 10.17922/2071-5323-2025-24-2-36-44
17. Харченко В.С., Кузьмин К.В., Петрова Л.Е. Факторы адаптации среднего медицинского персонала в государственных организациях здравоохранения: по результатам эмпирического исследования в Свердловской области // Кадровик. 2024. № 10. С. 107-114.
18. Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Наставничество среднего медицинского персонала: обзор подходов к определению понятия в зарубежных и российских публикациях // Кубанский научный медицинский вестник. 2024. Т. 31. № 4. С. 89-108. DOI 10.25207/1608-6228-2024-31-4-89-108