

УДК 614.253.8

DOI 10.24412/2312-2935-2025-4-349-366

СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВРАЧЕЙ С ЧАСТОТОЙ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ

А.Р.Примачёва¹, Т.П.Сабгайда¹, П.И.Тришина²

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

²ЦУР ГБУ МО «Московский областной медицинский информационно-аналитический центр», Московская область, Красногорск, Россия

Принято считать, что психосоциальное выгорание является системной проблемой и не относится к зоне ответственности отдельно взятого врача. Однако анализ жалоб пациентов показывает, что значительная часть жалоб посвящена недостаточно удовлетворительному отношению со стороны медицинского работника. В целом, суть жалобы можно рассматривать с двух точек зрения: индивидуальные недостатки медицинских работников с позиции выполнения ими своих обязанностей или недостатки в предоставлении медицинских услуг и проблемы на организационном уровне. Могут ли личностные характеристики врачей способствовать повышению конфликтности и провоцировать пациентов писать жалобы?

Цель: на основе опроса врачей определить факторы, влияющие на их психологическое восприятие жалоб пациентов и проанализировать связь этих факторов с частотой жалоб пациентов на медицинскую помощь

Материалы и методы. Проанализированы обращения граждан Московской области в органы власти всех уровней, аккумулированные в еЦУР Московской области и отнесённые искусственным интеллектом к тематической категории «Здравоохранение», за 2023 год. Было проведено анкетирование 2862 врачей, работающих в государственных медицинских организациях Московской области.

Результаты. Для уточнения полученных результатов кластеризации мы выделили пять факторов. Первый фактор сопряжён с удовольствием врачей от своей работы. Он формирует устойчивость к эмоциональным проблемам на работе, характеризуется комфортными условиями труда и психологическим комфортом в коллективе. Второй фактор отражает повышенную тревожность врачей. Третий фактор отражает активную жизненную позицию врачей и их психологическую стабильность. Четвёртый фактор отражает отсутствие взаимоуважения и сплочённости в коллективе. Пятый фактор связан с психологической нестабильностью врачей и их стажем работы.

Обсуждение. По результатам выделилось два фактора, которые соответствуют мнению врачей, не имеющих психологических и эмоциональных затруднений, один фактор отражает усталость врачей, и два фактора связаны с нестабильным и равнодушным психологическим состоянием врачей. Второй фактор определил наличие некой настороженности врачей по отношению к пациентам, возможно, связанной с. тревожностью врачей, а в некоторых случаях – с их равнодушием. Интересен факт, что при данных результатах доля необоснованных жалоб ниже, что может говорить о том, что равнодушие врачей, их неумение совладать с проблемами и, по-видимому, признавать ошибки, заставляет руководство соглашаться с жалобами и признавать то, что они обоснованы, и врач действительно вёл себя некорректно. Поскольку данные результаты говорят об особенностях личности врачей, то организационно-

методические мероприятия на уровне всей медицинской организации, направленные на повышение удовлетворенности и пациента, и врача, не будут максимально эффективными.

Заключение. Нестабильное психологическое состояние врачей не связано с частотой жалоб от пациентов, зато связано со структурой жалоб. Тревожность и эмоциональные затруднения врачей влияют не только на отношения с пациентом, но и на качество оказываемых медицинских услуг, о чем свидетельствует снижение доли необоснованных жалоб, которые являются показателем плохих отношений между врачом и пациентом. Это свидетельствует о том, что сегодня требуется системная психологическая поддержка не только некоторым пациентам, но и врачам.

Ключевые слова: центр управления регионом; частота обращений пациентов; жалобы от пациентов; обратная связь от пациента; необоснованная жалоба; психологическое состояние врачей

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PSYCHOLOGICAL STATE OF DOCTORS AND THE FREQUENCY OF PATIENT COMPLAINTS

Primacheva A.R.¹, Sabgayda T.P.¹, Trishina P.I.²

¹*Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia*

²*Moscow Regional Medical Information and Analytical Center, Moscow Region, Krasnogorsk, Russia*

It is generally accepted that psychosocial burnout is a systemic problem and does not belong to the area of responsibility of a single doctor. However, an analysis of patient complaints shows that quite a large part of the complaints is devoted to an insufficiently satisfactory attitude on the part of a medical professional. In general, the essence of the complaint can be viewed from two points of view: individual shortcomings of medical workers in terms of fulfilling their duties or shortcomings in the provision of medical services and problems at the organizational level. Can the personal characteristics of doctors contribute to increased conflict and provoke patients to write complaints?

Purpose. based on a survey of doctors, to determine the factors influencing their psychological perception of patient complaints and to analyze the relationship between these factors and the frequency of patient complaints about medical care.

Materials and methods. The appeals of citizens of the Moscow region to authorities of all levels accumulated in the ECSD of the Moscow region and attributed by artificial intelligence to the thematic category "Healthcare" for 2023 are analyzed. A survey was conducted of 2,862 doctors working in public medical organizations in the Moscow region.

Results. To clarify the clustering results, we identified five factors. The first factor is associated with the pleasure of doctors from their work. It builds resilience to emotional problems at work, is characterized by comfortable working conditions and psychological comfort in the team. The second factor reflects the increased anxiety of doctors. The third factor reflects the active lifestyle of doctors and their psychological stability. The fourth factor reflects the lack of mutual respect and cohesion in the team. The fifth factor is related to the psychological instability of doctors and their work experience.

Discussion. According to the results, two factors were identified that show doctors who do not have psychological and emotional difficulties, one factor reflects the effect on doctors of the team's lack

of cohesion, and two factors are related to the poor / unstable psychological state of doctors. The second factor determined a certain wariness towards patients. These may indicate the anxiety of doctors. There are also doctors who seem to have quite an explosive personality. An interesting fact is that with these results, the proportion of unfounded complaints is lower, which may indicate that the explosive nature of doctors, their inability to cope with problems and, apparently, admit mistakes, forces management to agree with the complaints and admit that they are justified and the doctor really behaved incorrectly. Considering that these results speak about the personality traits of doctors, organizational and methodological measures at the level of the entire medical organization aimed at increasing the satisfaction of both the patient and the doctor will not be as effective as possible.

Conclusion. The unstable mental state of doctors is not related to the frequency of complaints from patients, but is related to the structure of complaints from patients. Anxiety and emotional difficulties of doctors affect not so much the relationship with the patient, but the quality of medical services provided.

Keywords: regional management center; frequency of patient visits; complaints from patients; feedback from the patient; unfounded complaint; psychological state of doctors

Введение. Принято считать, что психосоциальное выгорание является системной проблемой и не относится к зоне ответственности отдельно взятого врача [1]. Ввиду этого от руководителя медицинской организации требуется проведение комплекса мер, направленных на снижение уровня психосоциального выгорания сотрудников и на повышение качества медицинской помощи. Однако анализ жалоб пациентов показывает, что значительная их часть посвящена недостаточно удовлетворительному отношению со стороны медицинского работника, сниженной эмпатии и в целом неудовлетворительным действиям со стороны отдельно взятого врача. В целом, суть жалобы можно рассматривать с двух точек зрения: индивидуальные недостатки медицинских работников с позиции выполнения ими своих обязанностей или недостатки в предоставлении медицинских услуг и проблемы на организационном уровне [2-3].

При этом, несмотря на многочисленные споры и дискуссии, пациенты не рассчитывают на оказание медицинской помощи без ошибок в 100% случаев, но они точно рассчитывают на достойное и этичное обращение с ними со стороны медицинских работников. Большой процент так называемых «необоснованных» жалоб лишь усиливает противостояние между пациентом и врачом и дискредитирует переживания и чувства пациентов. А ведь у пациентов обычно нет необоснованных ожиданий от лечащего врача [4].

Не получая ожидаемого результата от «необоснованной» жалобы, пациент может почувствовать себя более уязвимым и обманутым. А если появляется субъективное ощущение у пациента, что к нему недостаточно уважительно относятся, тогда это приводит к возникновению негативных эмоций, которые только усиливают конфликтные установки.

Повышенная конфликтность является одним из рисков социальных коммуникаций, который может нарушить целостность социальных процессов, происходящих в обществе. Это особенно актуально для специалистов помогающих профессий и для отношений врач-пациент [5-8].

Межличностные конфликты чаще носят деструктивный характер, и совместная деятельность в условиях такого конфликта невозможна [9]. Это может снижать приверженность к лечению со стороны пациента и ухудшать психоэмоциональное состояние врача. К тому же такие конфликты тяжело разрешить, ведь основой разрешения конфликтов между врачом и пациентом является приспособление со стороны пациента и сотрудничество со стороны врача [10].

Исследование, проведенное William O. Cooper в 2018 году показывает, что жалобы от пациентов могут стать инструментом скрининга врачей, имеющих когнитивное снижение [11]. А исследование, проведенное Matthew J Spittal в 2015 году, исследует склонность врачей к установлению таких отношений с пациентом, после которых он напишет жалобу. Отмечается, что есть врачи, которые после получения первой жалобы имеют повышенные частоту и риск последующих жалоб в течение ближайших двух лет [12]. Бескомпромиссность, вспыльчивость, обидчивость и подозрительность являются основными конфликтогенными личностными характеристиками [13]. К тому же существует положительная взаимосвязь между тревожностью и конфликтностью личности, которая провоцирует стратегию соперничества в конфликтной ситуации [14].

Соответственно, закономерными являются следующие вопросы. Могут ли личностные характеристики врачей способствовать повышению конфликтности и провоцировать пациентов писать жалобы? Как сказываются отношения врача с руководством на их конфликтности по отношению к пациентам?

Цель: на основе опроса врачей определить факторы, влияющие на их психологическое восприятие жалоб пациентов и проанализировать связь этих факторов с частотой жалоб пациентов на медицинскую помощь

Материалы и методы. Для оценки психологического состояния врачей анализировалось их мнение об условиях труда и влияния на их состояние жалоб пациентов. Было проведено анкетирование 2862 врачей, работающих в государственных медицинских организациях Московской области. Опрос проводился в сети интернет, в каждую медицинскую организацию предоставлялась ссылка для прохождения *on-line* опроса. Исследование было одобрено Комитетом по Этике ЦНИИОИЗ МЗ РФ, Заключение № 3/2024

от 22 февраля 2024 года. Анкета включала 16 вопросов. Данные о респондентах приведены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение респондентов по полу и стажу работы

<i>Стаж работы</i>	<i>Количество опрошенных</i>	
	<i>Мужской N=444</i>	<i>Женский N=2418</i>
От 0 до 3 лет	130	488
От 4 до 15 лет	86	354
16 лет и более	228	1576

Находилась связь ответов врачей, проживающих в разных городских округах Московской области, с частотой обращений пациентов по поводу деятельности медицинских организаций в этих округах. Ответы респондентов были закодированы числами, при этом соблюдалась закономерность нарастания доли признака (0 – плохо, 5 или 10 – хорошо). Затем рассчитывалось среднее значение показателей в городских округах, для некоторых показателей рассчитывались доли ответов о наихудшей и наилучшей ситуации – всего 27 переменных. Использовались также ранги показателей, ранжирование осуществлялось по принципу от худшего к лучшему. Достаточное для статистического анализа число анкет (более 5) было в 42 городских округах.

Для анализа частоты жалоб пациентов проанализированы обращения граждан Московской области в органы власти всех уровней (Портал "Добродел"; МСЭД - межведомственная система электронного документооборота; ПОС - платформа обратной связи; почта губернатора), аккумулированные в еЦУР Московской области и отнесённые искусственным интеллектом к тематической категории «Здравоохранение», за 2023 год. Среди этих обращений выделены жалобы, относящиеся к вопросам нарушения доступности и качества медицинской помощи без учёта обращения по каналу ПОС (портал обратной связи) в подкатегории «запись на прием», так как эти обращения считаются технической ошибкой (по данным еЦУР). В итоге проанализировано 97164 обращений по поводу работы медицинских организаций за 2023 год (82,7% от всех обращений населения по поводу работы медицинских организаций).

Анализ проводился с помощью методов многомерной статистики. На первом этапе исследований мы определяли группировку вопросов на основе частоты ответов врачей. Использовался кластерный анализ (иерархический метод построения дендрограмм и метод К-

средних). Далее провели факторный (без вращения) анализ, что позволило верифицировать результаты кластеризации и выявить влияние на мнения врачей нескольких факторов.

На втором этапе для нахождения связи психологического состояния врачей с количеством жалоб пациентов применялись методы корреляционного анализа. Находились корреляционные связи при расчёте ранговых коэффициентов корреляции Спирмена переменных, отражающих психологическое состояние врачей, и частоты обращений пациентов (в том числе на доступность и качество медицинской помощи). Также находились корреляционные связи переменных, отражающих ответы врачей, между собой. Расчёты проводились в программы Statistica 6 и в среде Excel 2019.

Результаты. При анализе усреднённых ответов врачей, работающих в медицинских организациях одного городского округа, для вопросов, касающихся психологического состояния респондентов, получены очень высокие коэффициенты вариации ответов. Если коэффициент вариации ответов о стаже работы равен 26,8%, то для восьми показателей он превысил 50%. Наибольшие коэффициенты вариации получены для доли ответов, что условия труда врачей не комфортны (168,3%) и что в коллективе нет психологического комфорта (99,5%). При этом вариативность среднего значения ответов врачей на вопрос, могут ли они спокойно справляться с эмоциональными проблемами на работе, наименьшая (6,2%). Это отражает факт наличия нескольких разных факторов, влияющих на психологическое состояние врачей. Для их определения мы провели группировку вопросов по ответам респондентов.

На полученной дендрограмме можно выделить пять групп вопросов на уровне объединения Евклидова расстояния, равного 76 (рис. 1).

При выделении пяти кластеров по методу К-средних были получены близкие результаты.

В таблице 2 приведены коды и названия переменных, а также номера кластеров, в которые эти переменные включены при разных методах кластеризации. Видим, что в 17 случаях результаты двух методов совпадают и в 4 случаях различаются.

Для уточнения полученных результатов кластеризации мы выделили пять факторов в ходе факторного анализа. При этом мы рассчитали ранговые коэффициенты корреляции Спирмена частоты обращений пациентов (в том числе на доступность и качество медицинской помощи) с переменными, отражающими ответы врачей о влиянии на них жалоб пациентов (статистически значимые корреляции приведены в таблице 4), а также корреляции между

переменными, отражающими ответы врачей. Выявленные корреляции мы использовали при определении смысловой нагрузки полученных факторов.

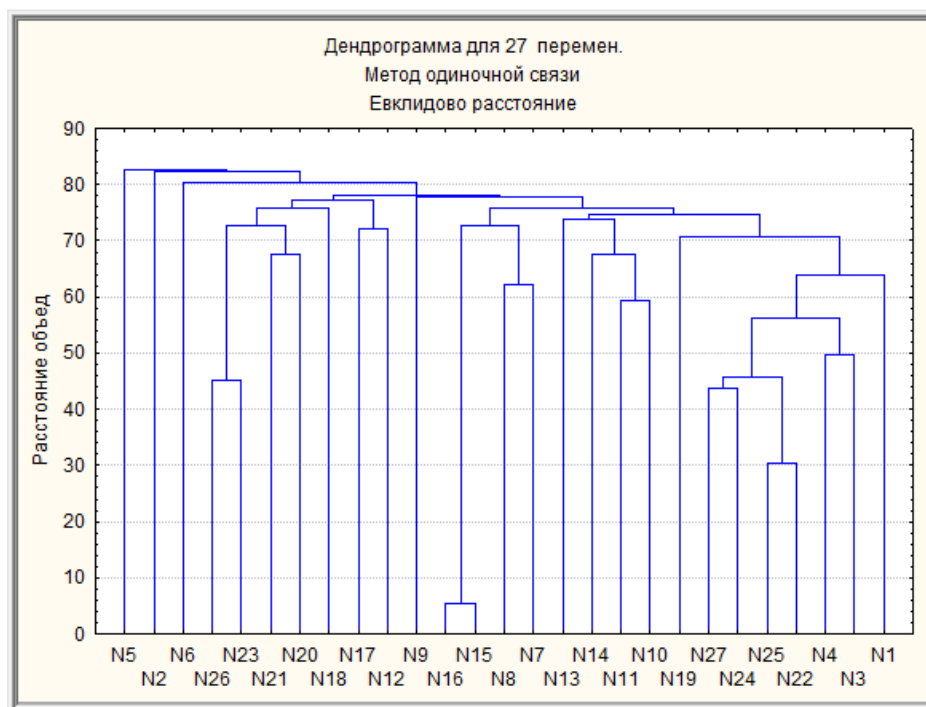


Рисунок 1. Результаты иерархической кластеризации вопросов анкеты на основе усреднённых ответов врачей разных городских округов Московской области

В сформированных пяти факторах влияние переменных чаще всего распределилось в соответствии с выделенными кластерами (табл. 3). Мы присвоили номера полученных таким образом факторам путём установления соответствия совпадающих переменных кластерам, полученным при кластеризации и указанным в вышеприведённой таблице. Такое соответствие наблюдалось не для всех, но для большинства переменных.

Сформированные кластеры объясняют большую часть неравномерности ответов врачей, их доля в общей дисперсии значений показателей составила 68,6%.

Таблица 2

Коды и названия переменных, а также номера кластеров, в которые эти переменные включены при иерархической кластеризации (Д) и при кластеризации по методу К-средних (К)

Код	Переменные	Д	К
N1	Получают удовольствие от работы, средние	1	1
N2	Средний стаж работы		4
N3	Могут справляться с эмоциональными проблемами на работе, средние	1	1
N4	Всегда справляются с эмоциональными проблемами на работе, доля	1	1
N5	Никогда или редко справляются с эмоциональными проблемами на работе, доля		4
N6	Используют несвойственные формулировки, чтобы избежать жалобы пациента, средние		2
N7	Ощущают обиду или негодование при поступлении жалоб на организацию, средние	2	2
N8	Ощущают обиду или негодование при поступлении жалоб на лично на них, средние	2	2
N9	Изменение отношения к коллеге, если на него напишут жалобу, средние		2
N10	Получают сведения о поступивших отзывах или жалобах, средние	3	3
N11	Всегда получают сведения о поступивших отзывах, доля	3	3
N12	Не получают сведения о поступивших отзывах, доля	5	5
N13	Самостоятельно отслеживают отзывы о себе и организации в сети интернет, средние	3	3
N14	Контактируют с руководством по поводу отзывов или жалоб, средние	3	3
N15	Ощущают поддержку руководства по поводу необоснованной жалобы, средние	2	2
N16	Доля врачей, всегда чувствующих поддержку руководства по поводу необоснованных жалоб	2	2
N17	Доля врачей, не ощущающих поддержку руководства по поводу необоснованных жалоб	5	5
N18	Негативное влияние необоснованных жалоб на настроения, средние		4
N19	Средний уровень настроения после поступления на необоснованной жалобы		1
N20	Изменение отношения со стороны коллег после поступления негативной жалобы, средние	4	2
N21	Изменение отношения со стороны руководства после поступления негативной жалобы, средние	4	5
N22	Комфортность условий труда в медицинской организации, средние	1	1
N23	Доля ответов о совсем не комфортных условиях труда	4	5
N24	Доля ответов об очень комфортных условиях труда	1	1
N25	Средний уровень психологического комфорта в коллективе медицинской организации	1	1
N26	Доля ответов о полном отсутствии психологического комфорта в коллективе	4	5
N27	Доля ответов о высоком уровне психологического комфорта в коллективе	1	1

Таблица 3

Факторные нагрузки показателей, сформировавших пять факторов в поле ответов
 врачей о влиянии на них негативных отзывов

<i>Код переменных</i>	<i>Факт ор 1</i>	<i>Факт ор 2</i>	<i>Фак тор 3</i>	<i>Факто р 4</i>	<i>Факто р 5</i>
N1	0,70	-0,35	0,13	0,01	-0,09
N2	-0,05	-0,11	-,37	0,52	-0,32
N3	0,69	-0,42	-,05	0,14	0,15
N4	0,56	-0,44	-,09	0,19	0,20
N5	-0,55	0,30	-,11	0,00	-0,03
N6	-0,06	0,50	0,32	-0,32	0,08
N7	0,04	0,73	-,07	0,03	0,26
N8	-0,12	0,62	0,00	-0,37	0,20
N9	0,39	0,16	-,30	-0,37	-0,33
N10	0,28	0,60	0,57	0,04	0,10
N11	0,47	0,17	0,57	0,20	0,03
N12	-0,12	-0,78	-,36	-0,04	0,07
N13	0,26	-0,05	0,60	0,12	-0,46
N14	0,48	0,21	0,42	0,43	-0,19
N15	0,52	0,71	-,28	0,11	0,03
N16	0,52	0,72	-,29	0,11	0,02
N17	-0,52	-0,72	0,29	-0,11	-0,02
N18	-0,41	0,32	-,07	0,64	0,17
N19	0,43	-0,42	0,23	-0,42	-0,19
N20	-0,12	0,19	-,25	-0,72	0,10
N21	-0,40	-0,01	0,37	-0,57	0,10
N22	0,86	-0,04	-,22	-0,04	0,10
N23	-0,64	-0,14	0,08	0,23	0,55
N24	0,67	-0,06	0,02	-0,08	0,56
N25	0,85	-0,09	-,09	-0,12	0,20
N26	-0,65	-0,08	0,17	0,20	0,50
N27	0,61	-0,39	0,13	-0,01	0,58
Общ.дис.	6,80	4,88	2,31	2,53	2,01
Доля общей дисп.	0,25	0,18	0,09	0,09	0,07

В фактор 1 основной вклад вносят переменные первого кластера. Этот фактор сопряжён с удовольствием врачей от своей работы. Он формирует устойчивость к эмоциональным проблемам на работе, к влиянию необоснованных жалоб пациентов, характеризуется комфортными условиями труда и психологическим комфортом в коллективе. Корреляционных связей доли врачей, получающих удовольствие от своей работы, с частотой

жалоб пациентов не выявлено. При этом выявлено, что частота необоснованных жалоб пациентов по поводу доступности и качества медицинской помощи меньше, если в медицинской организации условия труда для врачей комфортны и в её коллективе высокий уровень психологического комфорта (табл. 4). Частота всех обращений пациентов по поводу доступности и качества медицинской помощи также меньше при комфортных условиях труда врачей, и ещё когда врачи ощущают поддержку руководства по поводу необоснованных жалоб и когда у врачей больше стаж работы. Первый фактор объясняет четверть вариаций ответов респондентов разных городских округов.

Второй фактор отражает повышенную тревожность врачей. Он соответствует кластеру 2. Врачи редко получают от работы удовольствие, часто ощущают обиду при поступлении жалоб на них или их медицинскую организацию, негативные отзывы надолго портят им настроение, при этом они ощущают поддержку руководства. Чаще всего врачи получают всю информацию о поступивших жалобах, и им часто приходится использовать несвойственные формулировки или совершать действия ради того, чтобы пациент не оставил плохой отзыв. Чем чаще врачи подстраиваются таким образом под пациентов, тем реже они справляются с эмоциональными проблемами на работе ($r=-0,32\pm0,14$), чаще негодуют по поводу поступления жалоб ($r=0,43\pm0,13$), чаще вообще не получают сведения о поступивших отзывах ($r=-0,48\pm0,12$). Второй фактор не связан с комфортными условиями работы. Среди этих врачей высокая доля ответов, что они никогда или редко справляются с эмоциональными проблемами на работе. При этом выявлены корреляции, свидетельствующие, что врачи, которые редко справляются с эмоциональными проблемами на работе, реже получают от работы удовольствие ($r=-0,58\pm0,10$), реже контактируют с руководством по поводу поступивших на них отзывов ($r=-0,40\pm0,13$). Не выявлено корреляций доли врачей, которые редко справляются с эмоциональными проблемами на работе, с показателями влияния жалоб пациентов на их настроение. Показатель негодования при поступлении жалоб на медицинскую организацию не связан с частотой отзывов пациентов, а если обращение пациента касается лично врача, то доля обижающихся врачей коррелирует с долей необоснованных жалоб со знаком минус ($r=-0,34\pm0,14$), как указано в таблице 4. Второй фактор объясняет 18% вариаций ответов. Его влияние несколько снижается по мере увеличения стажа работы врачей.

Каждый из остальных трёх факторов объясняет менее десятой части вариаций ответов.

Третий фактор отражает активную жизненную позицию врачей и их психологическую стабильность. Он соответствует кластеру 3. Факторная нагрузка переменной стажа работы в

этом факторе отрицательная, т.е. он связан с более молодыми врачами. Врачи сами отслеживают в сети интернет все отзывы на медицинскую организацию, активно контактируют по их поводу с руководством и получают все сведения о поступающих отзывах, но не ощущают поддержку руководства по поводу необоснованных жалоб. Они не отмечают некомфортных условий труда и общения в коллективе. Выявлена отрицательная корреляционная связь доли лиц, отслеживающих отзывы пациентов, с долей жалоб по этике и деонтологии среди всех обращений населения ($r=-0,30\pm 0,14$). Как видно в таблице 4, выявлена положительная корреляция доли лиц, не ощущающих поддержку руководства по поводу необоснованной жалобы, с числом жалоб пациентов на доступность и качество медицинской помощи в пересчёте на 1000 населения и с долей жалоб по этике и деонтологии среди всех обращений населения.

Таблица 4

Ранговые коэффициенты корреляции Спирмена частоты обращений пациентов (в том числе на доступность и качество медицинской помощи – Д-К) с переменными, отражающими ответы врачей о влиянии на них жалоб пациентов

Обращения / Коды переменных	N2	N8	N10	N13	N15	N22	N25
Частота всех обращений						-0,48 $\pm 0,12$	-0,30 $\pm 0,14$
Частота обращений Д-К	-0,36 $\pm 0,13$				-0,31 $\pm 0,14$	-0,41 $\pm 0,13$	
Частота необоснованных обращений Д-К		-0,32 $\pm 0,14$				-0,42 $\pm 0,13$	-0,36 $\pm 0,13$
Доля необоснованных обращений Д-К		-0,32 $\pm 0,14$					
Доля жалоб по этике и деонтологии	0,51 $\pm 0,11$		-0,45 $\pm 0,12$	-0,30 $\pm 0,14$	-0,46 $\pm 0,12$		

* - приведены только статистически значимые коэффициенты корреляции с $t > 2,02$

Четвёртый фактор отражает накопленную усталость врачей. Он в значительной мере соответствует кластеру 4. Врачи чаще всего получают сведения о поступивших жалобах и контактируют по их поводу с руководством. Они не ощущают обиду или негодование при поступлении жалоб лично на них, не чувствуют после этого изменения в отношении к ним коллег и руководства, но негативное влияние жалоб на их настроение сильно выражено.

Мнение о работе у них, скорее, равнодушное, условия труда и психологический климат в коллективе чаще всего они воспринимают как не комфортные. Сравнительно высокие факторные нагрузки показателя стажа работы врачей свидетельствует, что этот фактор в большей степени связан с пожилыми сотрудниками. В то же время показано, что чем больше стаж работы врачей, тем более негативно необоснованные жалобы сказываются на их настроении ($r=0,33\pm 0,14$), тогда как частота жалоб в городских округах с большим средним стажем работы врачей меньше, но доля среди них жалоб, касающихся этики и деонтологии, больше (табл. 4).

Пятый фактор связан с равнодушием врачей и их небольшим стажем работы. Они часто отмечают некомфортные условия труда в организации и отсутствие психологического комфорта в коллективе, и они же часто указывают на очень комфортные условия. То есть, среди таких врачей распространены радикальные оценки: или очень хорошо, или очень плохо. Сравнительно большая факторная нагрузка переменной стажа работы врача в факторе 5 отрицательная, что отражает влияние пятого фактора на более молодых врачей. Такие врачи справляются с эмоциональными проблемами на работе, при этом не отслеживают в сети интернет отзывы на медицинскую организацию и работающих в ней врачей, и не контактируют по их поводу с руководством. В какой-то степени пятый фактор обладает противоположным влиянием фактору 3, также преимущественно связанному с молодыми врачами. Однако этот фактор не связан с частотой отзывов пациентов.

Частота обращений пациентов рассчитывалась как число обращений на 1000 населения. Отметим, что коэффициенты вариации показателей частоты обращений пациентов по поводу работы медицинских организаций изменяются от 38,0% до 147,2%.

Обсуждение. По результатам выделилось 5 факторов, из них два фактора показывают мнения врачей, не имеющих психологических и эмоциональных затруднений, один фактор отражает накопленную усталость врачей, а два фактора связаны с нестабильным и равнодушным психологическим состоянием врачей.

Второй фактор определил особенности некоторых респондентов, выраженные в некой настороженности по отношению к пациентам. Эти особенности могут говорить о тревожности врачей. Врачи, сильно реагирующие именно на необоснованные жалобы, больше используют несвойственные им формулировки для того, чтобы этих жалоб избежать. Необоснованные жалобы – это жалобы, как правило, касаемые отношений врача и пациента. Пытаясь предотвратить конфликт, врач слишком осторожен в общении и напряжен, несмотря на то, что

работает он хорошо и знает это, но тревожность все равно мешает ему расслабиться и только способствует конфликтам.

Данная группа врачей имеют хороший контакт с руководством и ощущают поддержку от него, чувствуют изменения отношения к ним со стороны руководства и коллег после поступления жалобы. При этом сами меняют отношения к коллегам после жалобы. Все это может говорить о том, что они считают жалобы показателем качества их работы. Тревожно-мнительный настрой врачей как бы заранее запугивает их перед встречей с пациентом. При этом реакция на необоснованные отзывы коррелирует с их долей. Чем больше обида и негодование врачей после поступления на них необоснованной жалобы, тем в целом доля необоснованных жалоб меньше. А значит жалобы на таких врачей больше лежат в плоскости некачественного оказания медицинской помощи, что только подчеркивает, что сохранять хорошее психоэмоциональное состояние врачей крайне важно, потому что оно в перспективе играет более важную роль и влияет на качество предоставляемых медицинских услуг.

Кроме тревожной группы врачей есть те, которые, по-видимому, равнодушны к работе и не заинтересованы процессом. Эта группа охарактеризована пятым фактором. Они склонны давать радикальные оценки условиям работы, по-видимому, особе не задумываясь о них, они в среднем индифферентно оценивают свою работу. При этом информацию о жалобах эти врачи не отслеживают, в целом реже контактируют с руководством, ощущают обиду при поступлении жалоб, хотя своё отношение к коллеге, на которого поступила жалоба, не меняют. То есть они несколько отстранённо воспринимают ситуацию на работе. Интересен факт, что при данных результатах доля необоснованных жалоб ниже, что может говорить о том, что равнодушие врачей, которое влияет на взаимоотношения с пациентами, заставляет руководство соглашаться с жалобой на таких врачей и признавать то, что она обоснована, и врач действительно вёл себя некорректно или равнодушно по отношению к пациенту.

Учитывая, что данные результаты говорят об особенностях личности врачей, организационно-методические мероприятия на уровне всей медицинской организации, направленные на повышение удовлетворенности и пациента, и врача, не будут максимально эффективными.

Одним из способов снизить повышенный уровень конфликтности личности, является индивидуальная и групповая психосоциальная работа. Эффективность данных методов уже была продемонстрирована ранее [5]. Это может быть групповая работа по типу тренингов,

проигрывание различных отдельных ситуаций, релаксация и психологическая разгрузка, индивидуальная работа, направленная на снижение высокого уровня напряжения.

Можно рассматривать взаимосвязь личностных характеристик и уровня конфликтности через призму эмоционального интеллекта – это способность контролировать свои эмоции. Высокий уровень эмоционального интеллекта способствует более эффективному совладанию с конфликтными ситуациями [15-16].

Так же важным аспектом разрешения конфликтов является развитие положительных когнитивных установок и критического мышления [6-8]. Все эти навыки должны развиваться на уровне личности, а не медицинской организации. Это еще раз подчеркивает необходимость работы с каждым врачом в отдельности, выявлении их личностных особенностей и коррекция нежелательных характеристик личности.

Заключение. Нестабильное психологическое состояние врачей не связано с частотой жалоб от пациентов, зато связано со структурой жалоб. Тревожность и эмоциональные затруднения врачей влияют не только на отношения с пациентом, но и на качество оказываемых медицинских услуг, о чем свидетельствует снижение доли необоснованных жалоб, которые являются показателем плохих отношений между врачом и пациентом. Это свидетельствует о том, что сегодня требуется системная психологическая поддержка не только пациентам, но и врачам.

Список литературы

1. Зудин А. Б., Кузнецова М. А., Васильева Т. П., Тырановец С. В., Кузнецова К. Ю. Стратегический выбор организационных технологий превенции выгорания врачей общей практики в системе пациенториентированной медицины. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(6):1234-1242 DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-6-1234-1242>
2. Råberus A, Holmström IK, Galvin K, Sundler AJ. The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements. Int J Qual Health Care. 2019;31(7):556-562 doi:10.1093/intqhc/mzy215
3. Almusawi MA, Radwan N, Mahmoud N, Alfaifi A, Alabdulkareem K. Analysis of patients' complaints in primary healthcare centres through the Mawid appl in Riyadh, Saudi Arabia; a cross-sectional study. Malays Fam Physician. 2023;18:17 doi:10.51866/oa.72

4. Kent A. Dismissing the disgruntled: Swedish patient complaints management. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(5):487-494 doi:10.1108/09526860810890459
5. Вдовина М.В. Повышенный уровень конфликтности как один из рисков современных социальных коммуникаций: способы преодоления. *Стратегические коммуникации в современном мире: Сборник материалов по результатам научно-практических конференций Пятой и Шестой Международных научно-практических конференций, Четвертой и Пятой всероссийских научно-практических конференций, Саратов; 2017; 418-422.*
6. Иванов П.К. Стереотипы и конфликты: когнитивные и эмоциональные механизмы. *Психологические исследования.* 2020;11(4):12-25
7. Губанов С.А. Эмоции как катализаторы конфликтов: что стоит за нашими реакциями? *Социальная психология.* 2021;8(1):34-48
8. Федорова Н.И. Восприятие конфликтов: влияние когнитивных и эмоциональных факторов. *Психология и общество.* 2018;7(3):29-42
9. Лукин Ю.Ф. Конфликтология: управление конфликтами. Учебник для вузов. М.: Академический Проект; Гаудеамус; 2013.799 с.
10. Усмонов С.Х. Конфликтность как сущность процесса социального развития. *Таджикистан и современный мир.* 2024;2(86):293-299
11. Cooper WO, Martinez W, Domenico HJ, et al. Unsolicited Patient Complaints Identify Physicians with Evidence of Neurocognitive Disorders. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(9):927-936 doi:10.1016/j.jagp.2018.04.005
12. Spittal MJ, Bismark MM, Studdert DM. The PRONE score: an algorithm for predicting doctors' risks of formal patient complaints using routinely collected administrative data. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(6):360-368 doi:10.1136/bmjqs-2014-003834
13. Якушева А.Х., Макарова Е.С. Анализ конфликтности и агрессивности в организации. *Современный менеджмент: теория, методология, практика: Материалы научно-практической конференции с международным участием, Казань; 2018; 155-161*
14. Красило, Т. А. Взаимосвязь между уровнем тревожности и уровнем конфликтности личности. *Современные тенденции развития науки и технологий.* 2015;2(4):107-109
15. Сидорова Т.В. Эмоциональный интеллект и конфликты в рабочих командах. *Известия высших учебных заведений.* 2022;11(4):77-89

16. Лебедев И.А. Развитие эмоционального интеллекта в организациях: влияние на конфликты. Управление персоналом. 2023;14(2):66-74

References

1. Zudin A. B., Kuznecova M. A., Vasil'eva T. P., Tyranovec S. V., Kuznecova K. Ju. Strategicheskij vybor organizacionnyh tehnologij prevencii vygoraniya vrachej obshhej praktiki v sisteme pacientorientirovannoj mediciny [Strategic choice of organizational technologies for preventing burnout of general practitioners in the system of patient-oriented medicine]. Problemy social'noj gigieny, zdavooohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, public health and the history of medicine]. 2024;32(6):1234-1242 (InRussian)
2. Råberus A, Holmström IK, Galvin K, Sundler AJ. The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements. Int J Qual Health Care. 2019;31(7):556-562 doi:10.1093/intqhc/mzy215
3. Almusawi MA, Radwan N, Mahmoud N, Alfaifi A, Alabdulkareem K. Analysis of patients' complaints in primary healthcare centres through the Mawid appl in Riyadh, Saudi Arabia; a cross-sectional study. Malays Fam Physician. 2023;18:17 doi:10.51866/oa.72
4. Kent A. Dismissing the disgruntled: Swedish patient complaints management. Int J Health Care Qual Assur. 2008;21(5):487-494 doi:10.1108/09526860810890459
5. Vdovina M.V. Povyshennyj uroven' konfliktnosti kak odin iz riskov sovremennyh social'nyh kommunikacij: sposoby preodolenija. Strategicheskie kommunikacii v sovremennom mire [Increased level of conflict as one of the risks of modern social communications: ways to overcome. Strategic communications in the modern world]: Sbornik materialov po rezul'tatam nauchno-prakticheskikh konferencij Pjatoj i Shestoj Mezhdunarodnyh nauchno-prakticheskikh konferencij, Chetvertoj i Pjatoj vserossijskikh nauchno-prakticheskikh konferencij [A collection of materials based on the results of scientific and practical conferences of the Fifth and Sixth International Scientific and Practical Conferences, the Fourth and Fifth All-Russian Scientific and Practical Conferences], Saratov; 2017; 418-422 (InRussian)
6. Ivanov P.K. Stereotipy i konflikty: kognitivnye i jemocional'nye mehanizmy [Stereotypes and conflicts: cognitive and emotional mechanisms]. Psihologicheskie issledovanija [Psychological research]. 2020;11(4):12-25 (InRussian)

7. Gubanov S.A. Jemocii kak katalizatory konfliktov: chto stoit za nashimi reakcijami? [Emotions as conflict catalysts: what is behind our reactions?] Social'naja psihologija [Social psychology]. 2021;8(1):34-48 (InRussian)
8. Fedorova N.I. Vosprijatie konfliktov: vlijanie kognitivnyh i jemocional'nyh faktorov [Perception of conflicts: the influence of cognitive and emotional factors]. Psihologija i obshhestvo [Psychology and Society]. 2018;7(3):29-42 (InRussian)
9. Lukin Yu.F. Conflictology: conflict management. Textbook for universities. Moscow: Academic Project; Gaudeamus; 2013.799 с.
10. Usmonov S.H. Konfliktnost' kak sushhnost' processa social'nogo razvitija [Conflict as the essence of the process of social development]. Tadzhhikistan i sovremennyy mir [Tajikistan and the modern world]. 2024;2(86):293-299 (InRussian)
11. Cooper WO, Martinez W, Domenico HJ, et al. Unsolicited Patient Complaints Identify Physicians with Evidence of Neurocognitive Disorders. Am J Geriatr Psychiatry. 2018;26(9):927-936 doi:10.1016/j.jagp.2018.04.005
12. Spittal MJ, Bismark MM, Studdert DM. The PRONE score: an algorithm for predicting doctors' risks of formal patient complaints using routinely collected administrative data. BMJ Qual Saf. 2015;24(6):360-368 doi:10.1136/bmjqs-2014-003834
13. Jakusheva A.H., Makarova E.S. Analiz konfliktnosti i agressivnosti v organizacii. Sovremennyy menedzhment: teorija, metodologija, praktika [Analysis of conflict and aggressiveness in the organization. Modern management: theory, methodology, practice]: Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem [Proceedings of a scientific and practical conference with international participation], Kazan';2018;155-161 (InRussian)
14. Krasilo, T. A. Vzaimosvjaz' mezhdu urovnem trevozhnosti i urovnem konfliktnosti lichnosti [The relationship between the level of anxiety and the level of personality conflict]. Sovremennye tendencii razvitija nauki i tehnologij [Current trends in the development of science and technology]. 2015;2(4):107-109 (InRussian)
15. Sidorova T.V. Jemocional'nyj intellekt i konflikty v rabochih komandah [Emotional intelligence and conflicts in work teams]. Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij [News of higher educational institutions]. 2022;11(4):77-89 (InRussian)
16. Lebedev I.A. Razvitie jemocional'nogo intellekta v organizacijah: vlijanie na konflikty [The development of emotional intelligence in organizations: the impact on conflicts]. Upravlenie personalom [Personnel management]. 2023;14(2):66-74 (InRussian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

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

Сведение об авторах

Примачёва Альфия Рафиковна – аспирант, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11; e-mail: medserviskhv@yandex.ru; ORCID 0009-0009-4657-6455

Сабгайда Тамара Павловна – доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: tsabgaida@mail.ru; SPIN-код: 7925-6902, ORCID 0000-0002-5670-6315

Тришина Полина Игоревна - руководитель организационного отдела, и.о. заместителя директора - руководителя отдела по развитию системы управления регионом ГБУ МО «Московский областной медицинский информационно-аналитический центр», 143407, Московская обл., г. Красногорск, б-р Строителей, д.4, корп. 1, e-mail: TrishinaPI@mosreg.ru; ORCID 0009-0002-0762-8135

About the authors

Alfiya Primacheva - PhD Student, Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia; e-mail: medserviskhv@yandex.ru; ORCID 0009-0009-4657-6455

Tamara Pavlovna Sabgaida – Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: tsabgaida@mail.ru; SPIN code: 7925-6902, ORCID 0000-0002-5670-6315

Trishina Polina Igorevna - Head of the Organizational Department, Acting Deputy Director - Head of the Department for the Development of the Regional Management System, Moscow Regional Medical Information and Analytical Center, Krasnogorsk, 143407, Moscow region, Stroiteley b. 4, building 1, e-mail: TrishinaPI@mosreg.ru; ORCID 0009-0002-0762-8135

Статья получена: 10.09.2025 г.
Принята к публикации: 27.11.2025 г.