

## ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИЕЙ В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*В статье рассматриваются актуальные вопросы управления конфликтными ситуациями в медицинских коллективах. Анализируются специфические факторы конфликтности в среде медицинских работников, обусловленные высокой эмоциональной нагрузкой, иерархичностью системы здравоохранения и повышенной ответственностью за жизнь пациентов. На основе эмпирических данных, полученных в медицинских организациях Российской Федерации, выявлены основные причины и динамика конфликтов. Предлагаются практические рекомендации по внедрению систем превентивного управления конфликтами и развитию коммуникативной компетентности персонала.*

**Ключевые слова:** медицинский коллектив, управление конфликтами, внутриорганизационные конфликты, эмоциональное выгорание, коммуникативная компетентность, психологический климат, медиация.

### **Введение**

Современное здравоохранение представляет собой сложную социально-профессиональную систему, функционирующую в условиях высокой неопределенности, дефицита времени и ресурсов, а также постоянного психоэмоционального напряжения. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность симптомов эмоционального выгорания среди врачей достигает 40–60%, а по результатам российских исследований – еще выше (70–80% врачей имеют симптомы выгорания различной степени выраженности) [2].

Рост профессионального выгорания среди медиков, увеличение числа жалоб пациентов на некорректное поведение персонала, а также необходимость повышения эффективности управления медицинскими организациями – в таких условиях неизбежным становится возникновение конфликтных ситуаций между участниками лечебно-диагностического процесса. И здесь особую значимость приобретает проблема управления конфликтами, так как цена кон-

фликта может напрямую влиять на качество и безопасность медицинской помощи.

В связи с вышеизложенным, цель исследования — выявить ключевые проблемы управления конфликтными ситуациями в медицинской среде на основе эмпирических данных и предложить пути их решения.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1) проанализировать существующие подходы к изучению конфликтов в медицинской среде, определить теоретические основания исследования;

2) выявить и систематизировать специфические факторы конфликтогенности, присущие медицинским коллективам, включая организационные, социально-психологические и личностные детерминанты;

3) проанализировать данные эмпирических исследований (российских и зарубежных);

4) выявить системные проблемы управления конфликтными ситуациями в медицинских организациях, включая дефицит управленческих компетенций, отсутствие культуры открытого обсуждения конфликтов, правовую неопределенность и дефицит ресурсов;

5) разработать рекомендации по совершенствованию системы управления конфликтами в медицинских организациях.

Объектом исследования выступает профессиональная деятельность медицинских работников в аспекте возникновения, развития и урегулирования конфликтных ситуаций. Предметом исследования — организационно-управленческие и социально-психологические механизмы управления конфликтными ситуациями в среде медицинских работников.

Достижение поставленной цели и обеспечение научной обоснованности полученных результатов позволили осуществить комплексный подход, включающий теоретические и эмпирические методы исследования, а также методы обработки и анализа данных.

Теоретические методы:

– анализ научной литературы: систематизация и критический анализ отечественных и зарубежных публикаций по проблемам конфликтологии в здравоохранении, психологии труда, организационного поведения и управления медицинскими организациями;

– системный анализ: рассмотрение конфликтных ситуаций как элементов сложной социально-профессиональной системы здраво-

охранения с выявлением взаимосвязей между различными уровнями (индивидуальным, групповым, организационным).

Эмпирические методы:

- анализ вторичных данных: обработка и интерпретация результатов ранее проведенных эмпирических исследований;
- метод обобщения управленческого опыта: анализ успешных практик управления конфликтами в медицинских организациях России и зарубежных стран.

Методы обработки и анализа данных — качественный анализ: интерпретация выявленных закономерностей, систематизация факторов и причин конфликтности, выделение проблемных зон.

### ***Результаты исследования***

Прежде чем перейти к анализу эмпирических данных, необходимо рассмотреть особенности конфликтов в медицинских коллективах, которые имеют выраженную профессиональную специфику. В отличие от коммерческих структур, здесь конфликтность заложена в самой природе деятельности.

Исследования А. Я. Анцупова и А. И. Шипилова позволяют выделить три группы факторов [1]:

1) организационно-управленческие: нечеткость должностных инструкций, высокая бюрократизация труда, дефицит кадров, ведущий к перегрузке;

2) социально-психологические: гендерный дисбаланс (преобладание женщин в среднем звене), высокая иерархичность, наличие неформальных лидеров, блокирующих административные решения;

3) личностные: склонность к перфекционизму, низкая стрессоустойчивость, синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

Указанные факторы создают благоприятную почву для возникновения конфликтных ситуаций, масштабы и характер которых требуют детального эмпирического изучения.

Для выявления объективной картины конфликтности в медицинской среде был проведен анализ данных, полученных учеными в ходе эмпирических исследований в ряде медицинских организаций Российской Федерации и зарубежных стран.

1. И. И. Хайруллин с соавторами в 2023 году провели пилотное исследование в отделениях реанимации и интенсивной терапии ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, в результате которого были сделаны следующие выводы [6]:

- конфликты носят регулярный характер, участниками выступают сотрудники отделения;

– основной причиной конфликтов являются условия повседневной операционной деятельности, а также несоблюдение норм этики и деонтологии;

– выявлены значительные потери в сфере оказания медицинской помощи, включая дефекты оказания помощи (брак), ожидание оказания медицинской услуги, неиспользованный потенциал сотрудников.

2. А. Е. Демкина с коллегами выявила прямую сильную связь между эмоциональным истощением и эмоциональной осведомленностью ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,757$ ), а также прямую связь личной тревожности с уровнем управления своими эмоциями ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,533$ ) [3].

3. Согласно опросу, проведенному среди российских врачей сервисом «Справочник врача», более 70% респондентов сталкивались с враждебной атмосферой в коллективе. При этом тактика поведения врачей в конфликтных ситуациях распределилась следующим образом [9]:

- 44% – игнорируют конфликт;
- 20% – пытаются активно гасить его;
- 16% – сообщают заведующему или главному врачу;
- 4% – увольняются при первой возможности.

4. Исследование, проведенное Корейским союзом медицинских работников (КНМУ) в 2025 году с участием 44 903 респондентов, выявило тревожные показатели [5]:

– 55,7% медицинских работников сталкивались с вербальным или физическим насилием, а также сексуальными домогательствами за последний год;

– 72% пострадавших «просто терпели» без принятия каких-либо мер;

– 93% сообщили, что «со стороны учреждения не было предпринято никаких действий».

5. В исследовании ВОЗ «Mental Health of Nurses and Doctors» (MeND), проведенном в 2024–2025 годах в 27 странах Европейского союза, Исландии и Норвегии, с участием 90 171 респондента, подтверждена высокая распространенность нарушений психического здоровья и небезопасных условий труда среди медицинских работников [4].

6. Лонгитюдное исследование российских врачей (2021–2025 гг., 3482 участника) показало тревожную динамику: к 2025 году признаков астении не имели только 17,8% врачей. У подавляющего

большинства снизилась мотивация, увеличилась физическая и когнитивная астения [7].

Синдром эмоционального выгорания (неофициально называют «тихим увольнением») — состояние, при котором сотрудник продолжает формально присутствовать на рабочем месте, но перестает отдавать себя работе, что проявляется в выполнении заданий с опозданием или забывчивости, уменьшении общения с коллегами, частых пропусках и опозданиях, отказе от участия в жизни коллектива [12].

Описанные причины и динамика конфликтов свидетельствуют о системной природе конфликтности в исследуемой сфере. При этом управление конфликтами в медицинских организациях сталкивается с рядом системных проблем, снижающих эффективность организационного развития.

Медицинская среда традиционно характеризуется высокой степенью формальной субординации. Многие руководители здравоохранения, будучи выдающимися клиницистами, не обладают управленческими компетенциями в области конфликтологии. Как следствие, конфликты замалчиваются, переходят в латентную фазу, накапливаются и приводят к «взрывам» эмоций или массовым увольнениям. Данные опроса, представленного газетой «ФМ. Фармация и Медицина», подтверждают, что 44% врачей предпочитают игнорировать конфликт, и только 16% обращаются к руководству [9]. При этом в Корею 93% медицинских работников сообщают, что докладывали о случаях насилия руководству, но в ответ не было принято никаких мер [5].

Сложность разграничения ответственности между врачом и медсестрой, между разными отделениями создает почву для межпрофессиональных конфликтов. Отсутствие стандартизированных алгоритмов действий в нестандартных клинических или административных ситуациях ведет к перекладыванию вины. Так, корейское исследование показало, что в стране из-за нехватки врачей сложилась следующая ситуация: 49,2% медсестер вынуждены принимать жалобы и протесты на имя врачей, а 39,2% — выполняют процедуры, относящиеся к врачебным обязанностям [5]. Это создает дополнительную конфликтогенность в межпрофессиональных отношениях.

Существует прямая корреляция между уровнем эмоционального выгорания и конфликтностью личности. Медицинский работник с высоким уровнем деперсонализации (циничного отношения к работе) склонен к деструктивным формам взаимодействия как с колле-

гами, так и с пациентами. Управление конфликтами без учета психоэмоционального состояния персонала является неэффективным.

В России по уровню эмоционального выгорания лидирует Республика Татарстан (такое заключение сделала компания HeadHunter в 2025 году [10]). Опрос позволил выявить следующие результаты: 56% работников Татарстана сообщили о негативных изменениях в своем эмоциональном состоянии, причем наиболее подвержены выгоранию работники здравоохранения. Среди факторов стресса респонденты называли: взаимоотношения с начальством (51%), обстановку в коллективе (43%), неопределенность (36%) и чрезмерную загруженность (31%).

В условиях реальной клинической практики у руководителей подразделений часто нет времени на полноценный анализ конфликтной ситуации и проведение восстановительных процедур (медиацию). Приоритет отдается текущей лечебной работе, а «человеческий фактор» остается на периферии внимания.

Считаем, что существующие проблемы управления конфликтами требуют поиска эффективных инструментов их преодоления, что делает необходимым обращение к моделям и методам, апробированным в отечественной и зарубежной практике. Эффективное управление конфликтными ситуациями в медицинской среде требует интеграции административных, психологических и этических инструментов.

Наиболее результативной стратегией является не реактивное разрешение уже возникших противоречий, а создание условий, минимизирующих деструктивные конфликты. К таким условиям относятся:

- четкая регламентация функциональных обязанностей с использованием методологии RACI (Responsible, Accountable, Consulted, Informed);

- внедрение систем наставничества для молодых специалистов, позволяющих снизить тревожность и адаптироваться к корпоративной культуре;

- создание информационной аналитической системы контроля и мониторинга текущих процессов (апробировано в ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова) [6].

Руководитель медицинской организации (заведующий отделением, главный врач) должен владеть навыками фасилитации и медиации. Исследования показывают, что авторитарный стиль разрешения конфликтов в медицине часто дает краткосрочный эффект, но усиливает скрытое сопротивление. Оптимальным является пере-

ход от роли «судьи» к роли «посредника», помогающего сторонам найти взаимоприемлемое решение.

Международный опыт (Великобритания, Сингапур, США) демонстрирует эффективность внедрения медиации в здравоохранении. Так, Национальной службой здравоохранения Великобритании с 2016 по 2019 годы было рассмотрено 606 спорных случаев, из которых 74% были разрешены в течение 28 дней [8]. Необходимо сказать о том, что Сингапур является мировым центром медиации, где все споры с участием государственных органов разрешаются с помощью медиации в принудительном порядке [13].

Пилотное исследование, проведенное в Болгарии (2024 год, 40 респондентов), показало, что более половины опрошенных испытывали трудности в коммуникации с врачами, и только 5% респондентов считают судебную систему эффективной для разрешения споров в здравоохранении [11].

Такие результаты свидетельствуют о необходимости развития альтернативных механизмов урегулирования конфликтов. Создание служб психологической поддержки внутри крупных медицинских кластеров, внедрение программ профилактики эмоционального выгорания (супервизии, группы Балинта) позволяют снизить общий уровень агрессии и фрустрации в коллективе. Необходимо введение в систему непрерывного медицинского образования (НМО) модулей по конфликтологии и эффективным коммуникациям. Медицинский работник должен уметь корректно доносить информацию не только пациенту, но и коллеге, что предотвращает «коммуникативные ловушки», ведущие к конфликтам.

### **Выводы**

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Проблема управления конфликтной ситуацией в среде медицинских работников носит междисциплинарный характер, находясь на стыке менеджмента, психологии и социологии.

2. Высокая конфликтогенность медицинской среды обусловлена как объективными факторами (стресс, дефицит времени, иерархия), так и субъективными (низкая конфликтологическая компетентность руководителей, эмоциональное выгорание персонала).

3. Эмпирические данные, полученные в российских и зарубежных медицинских организациях, свидетельствуют о системном характере проблемы:

— регулярный характер конфликтов в отделениях реанимации и интенсивной терапии [6];

– высокая распространенность эмоционального выгорания (34–57% в зависимости от стадии) [3];

– более 70% врачей сталкиваются с враждебной атмосферой в коллективе [9];

– более половины медицинских работников подвергаются вербальной или физической агрессии [5];

– низкая эффективность существующих механизмов защиты (93% случаев бездействия со стороны учреждений) [5].

4. Эффективная система управления конфликтами в здравоохранении должна строиться не на карательных мерах, а на принципах превентивности, прозрачности и гуманизации профессиональной среды. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются разработка стандартизированных протоколов медиации в медицинских организациях и оценка экономической эффективности (снижение текучести кадров, уменьшение числа страховых случаев) внедрения конфликт-менеджмента.

### **Литература**

1. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Проблемы развития истории отечественной конфликтологии // Конфликтология. 2023. Т. 18. № 1. С. 26–50.

2. Бабанов С. А., Агаркова И. А. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников как профессионально обусловленное расстройство // Гигиена и санитария. 2021. Т. 100. № 4. С. 384–389.

3. Демкина А. Е., Коробейникова А. Н., Быстрова О. В., Кочергина А. М. Эмоциональное здоровье врачей: результаты поперечного исследования // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. 2025. № 1. С. 16–22. DOI: 10.12737/2305-7807-2025-14-1-16-22.

4. Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2025. URL: <https://www.issup.net/knowledge-share/resources/2025-10/mental-health-nurses-and-doctors-survey-european-union-iceland>.

5. 2025 Survey Results on KHMU Union Members: More than Half Experienced Verbal Abuse, Physical Violence, or Sexual Harassment in the Past Year // Korean Health and Medical Workers' Union. Seoul, 2025. 45 p.

6. Хайруллин И. И. Разработка системы управления конфликтами в отделении реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара с помощью LEAN-технологий: пилотное исследование / И. И. Хайруллин, Д. Н. Проценко, А. Н. Сазанович, М. А. Магомедов, О. А. Комолова, Л. А. Гришина, И. В. Колерова, С. В. Масолитин // Менеджер здравоохранения. 2024. № 7. С. 34–42.

7. Тихое увольнение // ФМ. Фармация и Медицина: электронная версия газеты. 22 июля 2025 г. URL: <https://phmlife.ru/medkabinet/vrach-patsient/2029-tikhoe-uvolnenie.html?ysclid=mnit4m1hnr872799515>.

8. Шмелёв И. А., Сергеев В. В., Купряхин В. А., Печегина Ю. С. Применение процедуры медиации при разрешении споров, связанных с оказанием медицинских услуг // *Врач*. 2023. № 1. С. 25–32.

9. Отношения в коллективе: токсичные или отличные? // *ФМ. Фармация и Медицина: электронная версия газеты*. 2 апреля 2025 г. URL: <https://phmlife.ru/novosti/1888-otnosheniya-v-kollektive-toksichnye-ili-otlichnye.html>.

10. Татарстан лидирует среди субъектов РФ по уровню эмоционального выгорания работников // *Московский комсомолец в Казани*. 25 ноября 2025 г. URL: <https://kazan.mk.ru/social/2025/11/25/tatarstan-lidiruet-sredi-subektov-rf-po-urovnyu-emocionalnogo-vygoraniya-rabotnikov.html?ysclid=mniuxor1mo15621363>.

11. Exploring patient awareness and the feasibility of mediation in healthcare: a pilot study in Bulgaria / [et al.] // *Healthcare*. 2025. Vol. 13. № 6. P. 629.

12. Тихое увольнение: как понять сигнал // *РБК – образование*. 29 декабря 2025 г.

13. Обзор практик внедрения медиации в 5 ведущих странах по АМРС по рейтингу «Ведение бизнеса» / Сост. Р. Исмаилова. Ташкент, 2020. 28 с.

*Статья поступила в редакцию 09.02.26 г.  
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета  
канд. социол. наук, доцентом С. В. Косицыной*