

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный
экономический университет»

На правах рукописи

КОБЛЯКОВА ЮЛИЯ МИХАЙЛОВНА

**СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ
В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Специальность 5.4.7. – Социология управления

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук, профессор
Потемкин Валерий Константинович

Санкт-Петербург – 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	15
1.1. Концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях.....	15
1.2. Особенности формирования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.....	34
1.3. Проблемы и методический инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений..	50
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	69
2.1. Социокультурный признак развития системы коммуникаций в медицинских учреждениях	69
2.2. Социальный мониторинг специализированных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.....	86
2.3. Алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях.....	105
ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА СОЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	121
3.1. Социальное моделирование коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг	121
3.2. Социальные оценки коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг в онлайн-пространстве.....	135
3.3. Формирование социального механизма применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации для медицинского учреждения на примере НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.....	151
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	172
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	176
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	194

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования. Сферу деятельности медицинских учреждений в Российской Федерации характеризуют существенные трансформации, связанные со структурными, организационными, технологическими и социальными изменениями (в том числе в связи с пандемией COVID-19, санкционными ограничениями, процессами цифровизации и развитием технологий на основе искусственного интеллекта), в соответствии с чем изменяется специфика коммуникационных механизмов, характер их функционирования, используемые каналы коммуникаций и вся система социально-профессиональных коммуникаций в целом.

Одним из ключевых показателей деятельности современного медицинского учреждения становится социальная эффективность, т.е. реализация социальных целей общества, направленных на повышение качества жизни населения. Составляющими социальной эффективности в данном контексте являются определенные эмпирические индикаторы, позволяющие провести оценку функционирования системы здравоохранения в социальной сфере общественной жизни – доступность медицинской помощи, уровень информированности и базовой медицинской грамотности населения, уровень удовлетворенности потребителями получаемыми медицинскими услугами и др. На социальную эффективность во многом оказывает влияние качество социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

Объективизация социально-профессиональных коммуникаций обусловлена институциональными преобразованиями, изменениями в ресурсно-техническом и социокультурном контуре процессов оказания медицинских услуг. Внутренние коммуникации конкретного медицинского учреждения, коммуникации консультативного плана между медицинскими учреждениями, коммуникации с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг составляют систему социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

Проблемной ситуацией становится то, что социально-профессиональные коммуникации в деятельности медицинских учреждений не всегда носят предметно-ориентированный характер в связи с тем, что они не учитывают ряд актуальных социально-технологических и социально-организационных факторов.

Понимание специфики социально-профессиональных коммуникаций как ядра социально-профессионального взаимодействия, их сущности способно стать эффективным инструментом в процессе построения коммуникационных механизмов, с помощью которых может быть решен ряд проблемных задач в деятельности медицинских учреждений. Проведенный нами теоретический и эмпирический анализ позволил вскрыть спектр проблемных ситуаций, которые в совокупности состоят в необходимости повышения качественных характеристик социально-профессиональных коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг и обосновать социальный механизм в решении общественно значимых задач по оказанию медицинских услуг населению. Все это обуславливает **актуальность** выбранной темы исследования.

Степень разработанности научной проблемы. Современный этап развития социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях основан на общей теории коммуникаций, внесшей существенный вклад в развитие социологической науки. **Исходными положениями** проведенного исследования являются научные разработки и обоснования зарубежных и отечественных специалистов в области развития коммуникацией, в том числе в социальном контексте. Такая категория как коммуникация впервые была введена в научный оборот Ч. Х. Кули. Последовательно рассматривал проблему общения и взаимодействия, определяя коммуникацию в качестве субъект-субъектных взаимоотношений Ф. Шлейермахер. Взаимодействие людей как проявление социального поведения в обществе изучалось в работах Р. Мертона, Г. Зиммеля, Дж. Хоманса, Э. Дюркгейма, П. Сорокина, Б. Д. Парыгина, В. А. Ядова, Б. М. Фирсова. В трудах М. Вебера и Т. Парсонса, развивавших идеи

Э. Дюркгейма, одной из центральных категорий исследовался феномен социального действия. Коммуникация с точки зрения символического восприятия и роли знаков представлена в работах Ч. Пирса, Дж. Г. Мида, Г. Блумера. Роль культурных аспектов, межкультурного контекста коммуникации подчеркивалась в трудах Э. Холла. Различный взгляд на понимание сущности и специфики коммуникации имели М. Маклюэн, Н. Луман, П. Лазарсфельд, Б. Берельсон, Г. Годэ, Э. Роджерс, К. Левин и др. Идеи и методы бихевиоризма, исследование поведения, рефлексов, реакций связаны с именами Э. Л. Торндайка, Дж. Б. Уотсона, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева. Исследование коммуникаций в рамках деятельности организаций отразилось в трудах Ф. Тейлора, А. Файоля, Э. Мэйо, Д. Макгрегора: ученые разработали принципы управления поведением и взаимоотношениями в организациях. Значимый вклад в исследование роли и особенностей корпоративной культуры был внесен У. Оучи, Т. Дилом и Э. Кеннеди, Э. Шейном, Г. Хофстеде и др.

В. К. Потемкин исследовал коммуникационные процессы, влияющие на рост социально-профессиональных компетенций и усиливающие ценностно-смысловые характеристики работников организаций. Научные работы Д. П. Гавры посвящены теории коммуникаций, развитию коммуникативного пространства, трансформации стратегических коммуникаций в организациях, применению цифровых технологий, искусственного интеллекта, медиакоммуникаций в деятельности организаций. Глубоким исследованиям рынка труда, социально-трудовым отношениям, психосоциальным рискам, качеству трудовой жизни и производственным факторам в процессе осуществления профессиональной деятельности современными работниками посвящены научные труды И. М. Козиной. Роль социального мониторинга в управлении, важность оценки социальных рисков и социальных движений в сетевую эпоху подчеркивали Е. Н. Ивахненко, Т. В. Сметанина, М. Б. Буланова. Коммуникативные основы и социокультурные основания общества, коммуникативные модели исследовали О. Н. Астафьева, О. В. Аксенова. Весомый вклад в разработку процессов

социокультурных механизмов и социальной регуляция рисков внесен работами Ю. А. Зубок.

С. Г. Михайлов и Т. В. Румянцева обосновали влияние социально-профессиональных коммуникаций на организационное поведение работников медицинских организаций. И. Эмануэль, Л. Эмануэль и Р. Витч предложили первые модели, описывающие взаимодействие врача и пациента. В исследование адаптационных механизмов, реализуемых медицинскими работниками в ситуации изменения институциональной среды здравоохранения, взаимодействия врача и пациента, поведенческих характеристик потребителей медицинских услуг и врачей-специалистов внесли существенный вклад А. С. Готлиб, В.Л. Лехциер, С. И. Бояркина, Д. К. Ходоренко. Построение возможного развития системы здравоохранения и организация социального мониторинга, а также изучение поведения потребителей медицинских услуг отражено в работах А. В. Решетникова, К. Э. Соболева, Н. С. Голиковой, Е. Б. Марочкиной, Н. В. Присяжной и др.

Разработки отечественных и зарубежных исследователей позволяют обосновать развитие социально-профессиональных коммуникаций при оказании медицинских услуг их потребителям на основе усиления социокультурного и социально-организационного факторов и формирования социального механизма как способа решения общественно значимых задач, связанных с повышением качества коммуникаций и оказания медицинских услуг различным группам потребителей.

Цель диссертационного исследования состоит в разработке социального механизма использования социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с различными целевыми группами взаимодействия.

Реализация данной цели потребовала постановку и решение следующих **исследовательских задач:**

- осуществить концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях;

- определить особенности социально-профессиональных коммуникаций в сфере предоставления медицинских услуг медицинскими учреждениями;
- разработать принципы формирования и реализации социального мониторинга социально-профессиональных коммуникаций в стратегическом развитии деятельности медицинских учреждений;
- теоретически и эмпирически обосновать факторы и ограничения, воздействующие на развитие социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг;
- разработать социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с различными целевыми группами взаимодействия.

Научными гипотезами диссертационного исследования являются следующие тезисы:

1. Социально-профессиональные коммуникации работников медицинских учреждений затрагивают не только знания, умения, навыки и профессиональные компетенции персонала, но и умение взаимодействовать с различными реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

2. Социально-профессиональные коммуникации сотрудников медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг создают условия для формирования алгоритма взаимодействия с различными группами населения и определяет структуру, содержание, направленность социального механизма взаимодействия. Этот социальный механизм должен быть нацелен на качественное медицинское обслуживание и создание благоприятной здоровой среды.

3. В целях повышения уровня удовлетворенности социально-профессиональными коммуникациями реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг с сотрудниками медицинских учреждений в условиях развития цифровизации и внедрения технологий искусственного интеллекта в качестве

основы для социального механизма взаимодействия рационально использовать систему интегрированных коммуникаций, позволяющую реализовать особый принцип взаимодействия в процессе оказания медицинской помощи населению.

Объектом проводимого исследования выступают сотрудники медицинских учреждений. **Предметом** исследования является социально-профессиональные коммуникации сотрудников медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

Теоретическая основа исследования представлена работами отечественных и зарубежных ученых, в которых освещены вопросы коммуникационного взаимодействия, социального поведения и социального действия в обществе, символического восприятия коммуникации, внутриорганизационного социально-профессионального взаимодействия и динамических изменений компетенций и организационного поведения внутри организации, управления коммуникациями в организациях, взаимодействия врача и пациента, коммуникаций работников медицинских организаций с потребителями медицинских услуг, особенностей поведения потребителей медицинских услуг.

Методологическая основа исследования. В процессе проведенного исследования использовались следующие методы: контент-анализ, анализ документов, включенное наблюдение, описание процессов взаимодействия, анализ тематических сообществ медицинского учреждения в социальных сетях, экспертное анкетирование, анкетирование сотрудников медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг.

Информационно-эмпирическая база исследования.

В исследовании проанализирована нормативно-правовая база, регламентирующая основания и ограничения деятельности медицинских учреждений в Российской Федерации, внутренние регламентирующие документы медицинских учреждений и их официальные Интернет-ресурсы. Также в исследовании проведен анализ официальных статистических данных в рамках

исследуемой проблемы, характеризующих сферу здравоохранения; результатов эмпирических данных, полученных другими авторами.

Ключевые положения диссертационного исследования эмпирически подтверждаются данными социологического исследования, реализованного автором в 2020-2024 гг.:

1. В рамках первого этапа (2020-2022 г.) осуществлялся теоретико-методологический анализ проблемы, получение первичных эмпирических данных, проведение пилотажного исследования социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг (N 60 – персонал медицинских организаций; N 296 – потребители медицинских услуг), уточнение методологии и инструментария дальнейшего исследования, а также изучение и анализ других методик диагностики особенностей коммуникации персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, что позволило обосновать факторы и ограничения, воздействующие на развитие социально-профессиональных коммуникаций в данном контексте.

2. Второй этап (2022-2023 г.) включил в себя проведение основного исследования, а именно: проведение анкетного опроса различных групп населения – реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг (N 460), оценку и анализ полученных результатов; анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей взаимодействие персонала медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг в РФ, внутренние регламентирующие документы медицинских организаций и учреждений; анализ первичной документации, результатов деятельности медицинского учреждения (в том числе в информационно-коммуникационном пространстве в сети Интернет) в г. Санкт-Петербург.

3. Третий этап (2023-2024 гг.) включил в себя проведение экспертного анкетирования руководителей структурных подразделений медицинских учреждений (N 30); формирование социального механизма применения социально-

профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с различными целевыми группами взаимодействия в условиях реализации особого (пакетного) принципа взаимодействия.

Обоснованность результатов исследования обусловлена использованием анализа нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность медицинских учреждений, официальных статистических данных, отражающих количественные и качественные изменения и оценки в сфере оказания медицинских услуг населению в РФ, а также при использовании в качестве теоретической основы концепций ведущих ученых и применении результатов проведенных исследований другими отечественными и зарубежными авторами.

Достоверность результатов исследования связана с изучением проблем и тенденций в медицинской сфере посредством применения современных методов сбора и обработки социологической информации, использованием соответствующего объема статистических данных, успешной апробацией полученных в диссертации результатов на научно-практических конференциях и в публикациях в научных изданиях, в том числе включенных в перечень ВАК РФ.

Соответствие паспорту специальности. Область исследования и результаты диссертационной работы соответствует Паспорту научной специальности ВАК РФ 5.4.7. – «Социология управления», его следующим пунктам: п. 23. Социологическая методология исследования управленческих процессов и структур; п. 3. Проблемы взаимодействия субъектов и объектов управления; п. 4. Принципы и методы управления в современных условиях; п. 9. Социальные проблемы управления предприятиями и организациями.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в концептуальном развитии теоретических положений, обосновании методических подходов, разработке рекомендаций по формированию социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере, разработке социального механизма применения социально-профессиональных коммуникаций персонала

медицинских учреждений с различными целевыми группами, в основе которого заложен пакетный принцип взаимодействия.

Наиболее существенными результатами, обладающими научной новизной и полученными лично автором, являются:

1. Осуществлено концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций, сформулирована трехуровневая система коммуникаций в современных организациях. Коммуникации первого уровня (управленческие коммуникации) представлены как подготовительные, предшествующие какой-либо конкретной предметной деятельности. Коммуникации второго уровня, связанные с конкретной предметной деятельностью, обуславливают ее специфику. Коммуникации третьего уровня (конкретизирующие коммуникации) детально отражают особенности взаимодействия с учетом социально-исторического контекста.

2. Определены особенности и уточнены характеристики социально-профессиональных коммуникаций сотрудников медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг, среди которых укрупненно выделены особое ядро коммуникационной деятельности, включающее предмет, каналы, сроки и специфику взаимодействия, а также поле коммуникационной деятельности, в котором взаимодействуют пять групп участников коммуникации (потребители медицинских услуг, медицинские учреждения, НКО, органы государственной власти, широкая общественность).

3. Сформулированы принципы формирования и реализации социального мониторинга социально-профессиональных коммуникаций в стратегическом развитии деятельности медицинских учреждений, а также предложена методика диагностики социально-профессионального коммуникационного потенциала медицинского учреждения.

4. Теоретически и эмпирически доказана необходимость учета факторов и ограничений социально-профессиональных коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг, которые

характеризуют динамические изменения в сфере деятельности медицинских учреждений и деформации социальных ожиданий реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг, с учетом которых разработан алгоритм формирования стратегии повышения качества коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

5. Разработан социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с различными целевыми группами взаимодействия посредством внедрения системы интегрированных коммуникаций, учитывающий принципы корпоративной этики, развитие цифровых технологий и особый (пакетный) принцип взаимодействия.

Теоретическая значимость диссертационного исследования состоит в разработке типологических признаков коммуникаций, системы принципов реализации социального мониторинга коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений, а также в определении особенностей социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере.

Практическая значимость диссертационного исследования состоит в разработке социального механизма применения социально-профессиональных коммуникаций для медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург.

Апробация теоретических и практических положений диссертационного исследования проведена на конференциях, в том числе международных и с международным участием, а также при подготовке информационно-аналитических данных в рамках исследуемой проблемы: IV Международной научно-практической конференции «Коммуникации в эпоху цифровых изменений» (2020 г.); Научной конференции аспирантов СПбГЭУ-2022 «Современные тенденции развития науки и мирового сообщества в эпоху цифровизации» (2022 г.); III Вологодском региональном форуме с международным участием «Право и экономика: стратегии регионального развития», участник (2023 г.); X Международной научно-практической конференции молодых ученых «Научные исследования молодых

ученых: тенденции развития в условиях неопределенности» (2023 г.); Национальной научно-практической конференции с международным участием «Человекоориентированное управление: будущее цифрового общества» (2023 г.); XVIII Национальной научно-практической конференции с международным участием «Современный менеджмент: проблемы и перспективы» (2023 г.); XXXXVI Научной сессии профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов по итогам НИР за 2023 год (2024 г.).

Публикации результатов исследования. По результатам проведенного исследования опубликована 21 научная статья общим объемом 8,3 п.л. (вклад автора 7,6 п.л.), в том числе 5 статей – в журналах, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией (ВАК РФ).

Структурно диссертационное исследование состоит из введения, содержания, трех основных глав, в которых решаются основные исследовательские задачи, заключения, списка используемых источников и приложений. Диссертация изложена на 226 страницах, содержит 7 таблиц, 41 рисунок и 5 приложений

Во введении отражена актуальность и значимость исследования, его цель и основные задачи. **В первой главе** диссертации проведен анализ развития теории социально-профессиональных коммуникаций в организациях, раскрыта их специфика, определены ключевые проблемы и методический инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях. **Во второй главе** работы теоретически и эмпирически раскрывается значение корпоративной культуры для современного медицинского учреждения, разработаны принципы формирования социального мониторинга коммуникаций, представлена методика диагностики социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений; разработан и представлен алгоритм формирования стратегии повышения качества коммуникаций в условиях необходимости учета социокультурного фактора на основе анализа социальных ограничений и структуры факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере. **В третьей главе** на основании социального

мониторинга особенностей социально-профессиональных коммуникаций осуществлено социальное моделирование, представлены социальные оценки коммуникаций в медицинской сфере в онлайн-пространстве, раскрыта обусловленность и подтверждена релевантность использования потенциала онлайн-коммуникаций в медицинском взаимодействии, а также разработан социальный механизм применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации на основе специального (пакетного) принципа взаимодействия для медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург. **В заключении** диссертационного исследования представлены выводы по работе в целом.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1.1. Концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях

Термины «коммуникация» и «взаимодействие» являются близкими, пересекающимися понятиями: термин «взаимодействие» отражает взаимное воздействие определенных объектов друг на друга, в то время как термин «коммуникация» описывает тип взаимодействия, когда происходит передача, распределение, распространение какой-либо информации от одного субъекта взаимодействия к другому. В связи с чем в целях данного исследования как одно из основных понятий используется термин «коммуникация».

Теория коммуникаций охватывает деятельность различных организаций. Под организациями будем понимать обобщенную характеристику предприятий различных форм собственности, осуществляющих свою деятельность в сфере промышленного производства, сфере оказания услуг и т. д. Такой подход необходим для раскрытия сущности коммуникаций, коммуникативной политики, влияния коммуникаций на развитие всех сфер жизнедеятельности человека.

До начала XIX в. проблемы коммуникации, коммуникационных процессов рассматривались специалистами преимущественно с позиции такой науки как философия. Теория коммуникаций в настоящее время продолжает свое формирование и развитие в рамках различных направлений исследования, несмотря на то, что еще в прошлом столетии были сформированы основные фундаментальные предпосылки для ее становления. В научном обороте сам термин «коммуникация» появился в начале XX века. В тот же период коммуникация была описана американским социологом Ч. Х. Кули как «средство актуализации человеческой мысли» [61]. В развитие и становление теории коммуникаций

впоследствии внесли вклад такие области научного знания, как социология, психология, культурология, ряд технических и филологических наук.

На дофилософском этапе развития научного знания и культурного контекста, в период расцвета античной культуры проблемы коммуникации, межличностного взаимодействия, отношений между людьми не рассматривались и не фиксировались как самостоятельные. Отсутствие развитого абстрактного мышления и стремления к индивидуализму, характер ориентации сознания первобытного человека на природу, мир идолов, божеств и духов как на управляющую им и течением его жизни природу – все это оказывало ключевое воздействие на отношение человека, в том числе философов, к коммуникационным проблемам в целом.

Возникшая как искусство речи риторика вследствие деятельности софистов, развивалась в основном благодаря вкладу Софиста Горгия. Моральная философия, основы которой были заложены древнегреческим философом Сократом, рассматривала в качестве центральной проблемы самого человека как существо «моральное», описывая его сущность. Платон, продолжая его идеи, обращает внимание на риторику как искусство афинских политиков, их учителей с точки зрения противопоставления ей этики и считает, что риторика сродни фальсификации истины, полна угодничества и лести, нацелена убеждать, формировать и выбирать средства и способы эффективного убеждения населения. Философия же, согласно Платону, призвана исследовать проблему истины, истинного знания, культивировать их. Цицерон, в отличие от его предшественников, обладал более широкими взглядами, не противопоставлял риторику и этику, рассматривал предметом риторики структуру речи любой направленности, на различные темы в рамках различных областей знаний и умений. Также он отмечал, что риторика сродни искусству передачи знаний посредством речи, т.е. педагогике. Период, завершающий античную риторику и ознаменовавший развитие педагогики, связан с именем М. Ф. Квинтилиана,

согласно которому риторика и этика не должны противопоставляться друг другу, а наоборот, развиваются во взаимодействии.

Впоследствии проблемы коммуникации, коммуникативного взаимодействия продолжили развиваться в период становления и развития христианской и новоевропейской культур. Возникновение и распространение христианства способствовало развитию и рассмотрению проблем личности, проблем человеческих взаимоотношений, развитию самосознания отдельной личности. Осознание равенства людей перед Богом, зависимости поведения каждого человека от его самостоятельного и свободного выбора, индивидуальных нравственно-душевных качеств повлияло на актуализацию проблемы межличностного взаимодействия. Исходя из того, что для христианства приоритетным было коллективное и церковное в существовании человека, оно сформировало и некоторые ограничения в рамках развития индивидуальности, личностных черт, характера человеческих взаимоотношений, поскольку высшей ценностью было принято считать взаимодействие с Богом, а не с другими людьми.

В эпоху Возрождения и Новое время гуманистическое мирозерцание с характерной для него ориентацией на человека как на центральное в мировосприятии (в противовес Богу ранее), явилось фактором, повлиявшим на формирование нового понимания коммуникации между людьми.

Появлению первого категориального аппарата, явившегося основой для дальнейшего становления и развития теории коммуникаций способствовали воззрения немецкой классической философии рубежа XVIII - XIX вв. Человек начинает выступать в качестве субъекта активной познавательной деятельности по отношению к окружающей действительности, которая воспринимается как объект познания, т.е. зарождается субъектно-объектное восприятие человека во взаимодействии с окружающим его миром.

Один из представителей немецкого романтизма, Ф. Шлейермахер последовательно рассматривал проблему общения и взаимодействия. Общение между людьми, согласно Шлейермахеру, представляется как субъект-субъектное

взаимодействие – общения между индивидуумами как субъектами с равным статусом [118]. Такой взгляд на межличностное взаимодействие послужил фундаментальной предпосылкой для создания в дальнейшем герменевтики, т.е. теории понимания, в качестве основы для рассмотрения и развития «подлинно» человеческого взаимодействия. Мыслитель рассматривает герменевтику как основной метод гуманитарных наук или наук о духе.

В XIX в. возникшее в рамках философии прагматизма новое направление изучения коммуникационных процессов – семиотика – придавало важное значение знаковым, символическим аспектам коммуникации и их природе. Семиотика изучала функции знаков и символов, знаковых систем, где каждому элементу соответствовало определенное значение. Само понятие науки «семиотики», а также ее основные принципы были сформулированы американским логиком, философом Ч. Пирсом [84]. Он считал, что любая коммуникация основана на определенной знаковой природе и невозможна к осуществлению без знаков. Пирс разделял каждую коммуникативную ситуацию на три обязательных составляющих – сам знак, знак в функции объекта и знак по отношению к тому, кто его интерпретирует.

Одним из ярких критиков коммуникации в XIX в. стал Ф. Ницше, который уделяет критике языка как такового существенное значение в своей философии. Ницше считает, что язык и процесс мышления неотделимы друг от друга, но язык способен исказить действительность, реальность, заменяя ее искусственно воссозданной картиной, в которой отсутствуют необходимые атрибуты «бытия», такие как непосредственность, стихийность, естественность.

Развитию рассмотрения коммуникационных проблем в XX в. неоспоримо способствовали социально-экономическая ситуация и влияние научно-технического прогресса. Философия этого периода во многом воплощается в ключе дальнейшего развития семиотики и герменевтики, кроме того, большую роль отводят человеческому взаимодействию и коммуникации между людьми.

В период между Первой и Второй мировыми войнами одним из основных философских течений в Европе того времени стал экзистенциализм как философия

существования. Также идеи, созвучные этому течению, присутствовали среди мыслителей и XIX в., например, в работах С. Кьеркегора, Ф.М. Достоевского и др. Оформление экзистенциализма в качестве обособленного направления философской мысли относится к 20-м гг. XX в., когда основными философами данного направления становятся зарубежные мыслители – М. Хайдеггер, Ж.П. Сартр, А. Камю, К. Ясперс, Г. Марсель и представители отечественной мысли – Н.А. Бердяев, Л. Шестов. Данное направление философской мысли в центр рассмотрения ставило внутренний мир конкретной личности в условиях изоляции от окружающего ее общества, когда социальная жизнь вокруг личности рассматривается как продолжение или расширение внутреннего мира, а кризис личности предстает как проблема человеческого бытия в целом, личность переживает противопоставление себя чуждой и враждебной ей окружающей действительности. Т.е. рассматриваемое философское течение предстает перед исследователями как «философия человеческой некоммуникабельности». Исторические потрясения, которые переживал мир в начале XX столетия, послужили распространению идей экзистенциализма и близких к нему направлений.

Еще одной тенденцией в западной философской мысли XX в., представляющей личность и присущие ей духовные ценности как смысл цивилизации, стал персонализм. Французский философ Э. Мунье считается основоположником данного направления, хотя термин «персонализм» впервые был озвучен Ф. Шлейермахером. Проблема коммуникации в рамках персонализма рассматривается как проблема общения, основанного на, с одной стороны, понимании, а, с другой стороны, дискуссии.

Также в XX в. получила развитие философия диалога или диалогическая философия (диалогизм) – философское учение, ключевым аспектом которого является понятие диалога и значимость его роли. В качестве фундаментальной характеристики положения человека в мире рассматривается именно диалогическое отношение.

Рассмотрение и изучение коммуникации в качестве социального явления представлено несколькими направлениями исследовательской мысли. Современными концепциями рассмотрения коммуникации являются бихевиоризм, символический интеракционизм, теория межкультурного содержания коммуникации и этнометодология.

Основой бихевиоризма является поведенческий подход, т.е. рассмотрение поведения человека как системы, составляющими которой являются вербальные, двигательные и эмоциональные реакции на соответствующие стимулы окружающей внешней среды. Первые идеи и методы бихевиоризма, их разработка связаны с именами американских ученых Э.Л. Торндайка и Дж. Б. Уотсона [106, 150]. Также значительную роль в развитии идей играют труды отечественных специалистов – И.П. Павлова, В.М. Бехтерева [9, 82].

Представители направления символического интеракционизма объясняют реакции человека в качестве осмысленных символических действий. Основоположником интеракционистской парадигмы является американский социальный психолог и философ Дж. Г. Мид [3]. Социолог и социальный психолог Г. Блумер, соотечественник Дж. Г. Мида, развил воззрения и идеи Мида в теорию символического интеракционизма [96].

В 60–70-х гг. XX в. свое развития получило такое направление социологии, как этнометодология. Этнометодология занималась исследованием правил поведения, присущих человеку обыденных норм, смыслов языка в контексте повседневного социального взаимодействия. Г. Гарфинкель считается основателем данного направления, И. Гоффман оказал существенный вклад в развитие этнометодологии, развивая идеи Гарфинкеля. В рамках концепции этнометодологии изучение языка коммуникации не ограничивается только вербальным взаимодействием, речью: оно включает в себя анализ жестов, мимики, телодвижений, различных ритуалов и даже тишины как составляющих общения.

Американский антрополог Э. Холл считается основоположником идеи теории межкультурного содержания коммуникации, которая провозглашает, что

эффективность проводимых коммуникативных действий ключевым образом зависит от принадлежности коммуницирующих к определенному культурному контексту.

В связи с возникновением и широким распространением современных средств коммуникационного взаимодействия в 20-е гг. XX столетия у социологов возник научный интерес к изучению развития и проблем такого явления, как массовая коммуникация, а одним из первых социологов в этой сфере стал немецкий ученый М. Вебер. [15]. Впоследствии, роли и значению средств массовой информации в современном обществе ученые посвятили множество теорий.

В послевоенный период, который последовал за окончанием Второй мировой войны, появились два основных подхода к изучению коммуникации — рационалистический и иррационалистический.

Концепция информационного общества американского социолога Д. Бэлла стала одной из теорий, демонстрирующей рационалистические воззрения. Согласно Д. Бэлли, информация становится ключевым драйвером и катализатором любых социальных изменений и социального развития, а средства массовой информации (СМИ) служат главной движущей силой для поиска, адаптации, усвоения и оценки информации. Трансформации в социальной сфере инициируются не столько самим содержанием информации, сколько методами ее распространения и последующего использования.

Иррационалистический подход к коммуникации связан с феноменологическим направлением, развивающемся в период 40–50-х гг. XX столетия. Основоположником данного подхода признается американский социолог и философ А. Шюц [119], основой теории которого явилась концепция «понимающей социологии» М. Вебера. Коммуникация рассматривается социологами в качестве взаимного понимания людей. Теория фокусирует внимание на проблемах языковой коммуникации и социализации, обусловленной неязыковыми факторами. Кроме описанных ключевых концептуальных подходов, существует ряд частных и более точечных теорий коммуникаций.

Теория двухступенчатой коммуникации была разработана американскими учеными П. Лазарсфельдом, Б. Берельсоном, Г. Годэ в 40-е гг. XX в. Согласно данной теории, первой ступени коммуникации соответствует распространение информации и воззрений от самих средств коммуникации к «лидерам мнений», т.е. самым уважаемым членам социальной группы, чье мнение признается большинством. Далее, информация передается от наиболее авторитетных участников группы к основной массе участников группы. Таким образом, согласно данной теории, наиболее активные члены группы становятся связующим звеном между средствами массовой информации и широкой общественностью.

Теория диффузии инноваций была разработана Э. Роджерсом в 60-е гг. Она провозглашает зависимость массовой коммуникации от социального окружения. Э. Роджерс определяет в качестве диффузии постепенное, длящееся определенный период времени, распространение вновь появившейся информации, при этом ключевой на первоначальном этапе является задача уделить внимание информированию и убеждению 5% всей аудитории.

Американский психолог и социолог К. Левин предложил теорию информационных барьеров, которая объясняет процесс отбора новостей в ситуации, где входящий поток информационных новостных сообщений оценивается читателем в соответствии с его субъективными критериями важности. В дальнейшем отобранные и прочитанные важные сообщения индивид доводит до своей малой группы.

Культурологическая теория массовой коммуникации, предложенная в 60-е гг. XX в. социологами из Канады и Франции – Г.М. Маклюэном и А. Модем соответственно, описывает роль процесса выбора средств коммуникации при взаимодействиях членов общества с культурными системами. Представители теории подчеркивают «мозаичный» характер культуры, которая создается средствами массовой информации, когда информирование лишь конструирует иллюзию о многих аспектах мира.

Чилийский нейробиолог У. Матураны во второй половине XX в. предложил теорию консенсуального взаимодействия, характерную для самоорганизующихся и самовозобновляющихся систем, где отражены такие характеристики языковой деятельности как сотрудничество и самосохранение (в противовес пониманию категорий иерархии и управления). Язык как признак, превративший человека из биологического существа в личность, представляет собой главное средство социальной организации общества.

Предпосылкой становления отечественной теории коммуникаций справедливо рассматривать деятельность М.В. Ломоносова, который в своем труде «Краткое руководство к красноречию» обобщил культурный опыт текущего времени. В последующих трудах выдающихся судебных ораторов Ф.Н. Плевако, А.Ф. Кони и других (XIX – начало XX вв.) представлена совершенствовавшаяся практика ораторского искусства. Однако, ценные рекомендации указанных специалистов и их труды не опирались на какую-либо теорию и не носили научный характер.

Само становления теории коммуникаций в России зарождается во второй половине XX столетия. В 20–60-х гг. прошлого века изучение коммуникационных процессов ограничивается областью социальной психологии. Общение, коммуникация представляется в качестве психологического феномена, включающего ряд независимых явлений.

Общение как сложный и многосторонний процесс рассматривает Б.Д. Парыгин. Общение представляется одновременно и как движение информации, и как взаимоотношение взаимодействующих сторон, в том числе взаимовлияние участников коммуникации друг на друга.

В период 70–80-х гг. коммуникационные проблемы стали комбинироваться с новыми для страны идеями из следующих областей – теория информации, семиотика, а также данные идеи стали входить в такие разделы научного знания, как теорию управления, лингвистику, педагогику и методологию науки. Такие идеи нашли свое отражение в работах А.А. Леонтьева, Б.А. Родионова, А.А. Брудного и

других ученых. Таким образом, актуализировалась необходимость развития комплексных научных исследований в сфере коммуникации, и уже в 80-е гг. начали проводиться междисциплинарные исследования коммуникации и межличностного взаимодействия.

Развитие теории коммуникаций в контексте, когда взаимодействие носит социально-профессиональный характер, справедливо рассматривать с точки зрения культурного опыта. Коммуникация играет центральную роль в эволюции культурной жизни человека, так как она представляет собой процесс аккумуляции и передачи культурных ценностей, параллельно с их созданием и применением на практике [80, с.7].

Развитие культурного контекста неизменно сопровождает процесс усложнения и трансформации средств коммуникации, средств передачи информации. Новый этап развития прежней коммуникационной системы происходит постепенно, сопровождаясь перестройкой и кризисом традиционных коммуникационных каналов. Как правило, результатом таких кризисов становится разделение перегруженных каналов коммуникации, бифуркации. В настоящее время в процессе смены пяти культурных периодов, фиксируются четыре бифуркации, сопровождающие коммуникационные изменения [59, с.160]. Ряд сменяющих друг друга этапов – пракультура, архекультура, палеокультура, неокультура, постнеокультура – мы можем наблюдать, анализируя эволюционные процессы культурного развития общества. Смене каждого из новых этапов присуща закономерность, состоящая в том, что, используемые коммуникационные средства совершенствуются посредством общественного прогресса. В свою очередь, общественный прогресс сам по себе также способствует развитию коммуникации. Так, например, в процессе эволюции коммуникационного процесса произошел переход от устной к документной коммуникации, к электронной коммуникации.

Роль и значение социально-профессиональной коммуникации в организациях в современную эпоху цифровизации, развития новых

информационных технологий, в том числе технологий на основе искусственного интеллекта, до сих пор часто недооценивается.

Передаваемая по соответствующим коммуникационным каналам социальная информация играет важную роль и оказывает ключевое влияние в том числе и на становление управленческой структуры организации. Под социальной информацией понимается совокупность сведений, знаний, ключевых данных, формируемых и воспроизводящихся в обществе, применяемых отдельными индивидами, социальными группами, организациями в целом в целях контроля за социальным воздействием, регулирования общественных отношений. Социальная информация неизменно используется в социальном управлении в качестве системы сведений, которые необходимы для предметной ориентации управленческой системы организации. В соответствии с вышеуказанным, социальная информация может сыграть ключевую роль в управлении организаций в целом и управлении отдельными процессами, в частности. Информация, непрерывно циркулирующая между управляющей и управляемой подсистемами организации, становится неотъемлемой частью всего процесса управления, а управленческие решения представляют собой специфически преобразованную информацию. В связи этим, ряд ученых (например, Г. Саймон и др.) сопоставляют управление, управленческий труд с процессом преобразования и переработки информации. Следовательно, уровень коммуникативных компетенций, поиск способов и методов их улучшения как для рядовых сотрудников организации, так и, в особенности, ее руководства, являются актуальными. Повышение уровня коммуникативных навыков сотрудников организации будет способствовать развитию общего уровня социальной коммуникации, а также оказывать влияние на укрепление организационной структуры и общее развитие организации.

В рамках организации социальная информация выполняет ряд значимых функций – информационно-познавательная, организационная, управленческая, коммуникативная, распорядительная, формирующая и др. В данном контексте управленческая функция неразрывно связана с коммуникативной, и именно

коммуникативность как свойство информации позволяет успешно осуществлять управленческую функцию.

В социологическом контексте впервые коммуникационные процессы в организациях исследовали представители школы научного управления, разрабатывающие принципы управления организациями. Основоположник школы Ф. Тейлор был сторонником жесткой организационной структуры внутри фирмы, его последователь А. Файоль занимался развитием идей Ф. Тейлора [110]. В концепциях школы научного управления особая роль отводилась строгой взаимосвязи между должностями и ролями.

Следующий этап изучения структуры коммуникации в рамках организаций соответствует изучению неформальной системы коммуникаций в работах представителей «школы человеческих отношений», к которым относятся Э. Мэйо, Д. Макгрегор, Р. Лайкерт, К. Арджирис, В. Диксон, Ф. Ротлисберг. Впервые представители данной школы обратили внимание на неформальный аспект коммуникации, на то, что взаимодействие внутри организации не ограничивается лишь официальными сообщениями, а неформальное взаимодействие и межличностные отношения играют важную роль.

Сходную точку зрения на коммуникации в организациях имел ряд представителей школы социальных систем, социотехнической концепции организации – Ч. Барнард, Г. Саймон, Дж. Вудворд.

Последующее развитие проблематика социальных коммуникаций получила с возникновением концепций открытых систем, связанной с именами Д. Раца, Р. Канна. В этот период область межорганизационных взаимодействий включается в сферу изучения коммуникаций. Спецификой современных концепций коммуникации становится то, что акцент при их исследовании специалисты делают на системах и «сетях» коммуникаций.

Научный подход, именуемый сетевым анализом коммуникаций, реализовывали исследователи, изучавшие социально-психологические отношения в малых группах – А. Бавелас (1950), Г. Ливитт (1951), М. Шой (1954). Представители

данного подхода выделили два типа коммуникационных сетей, характерных для любой организации. Радиальные и взаимосвязанные коммуникационные сети отличаются между собой уровнем взаимодействия лиц, не контактирующих друг с другом.

Процесс развития социальной коммуникации, отражающийся во взглядах исследователей, можно условно разделить на два формата – технократический и эволюционный. Ученые, поддерживающие технократический подход (М. Маклюэн Г., Тоффлер Э., Белл Д.) определяли, что в процессе эволюции общественной коммуникации внедряемые новые технологии становятся основным фактором, оказывающим влияние на развитие средств социальной коммуникации, а также изменения ее характеристик. Например, согласно М. Маклюэну, тип общества зависит от господствующего в нем типа коммуникации, а человеческое восприятие всех процессов и явлений – от скорости передачи информации [27, с. 286]. Развитие и преобразование социальной коммуникации у М. Маклюэна соответствует достаточно резко и кардинально сменяющим друг друга последовательным стадиям.

Представители эволюционного подхода развития коммуникаций (Т. Парсонс, Н. Луман) рассматривают смену этапов как постепенный, последовательный и закономерно протекающий процесс изменений и преобразований. В своих работах Н. Луман рассматривает социальную эволюцию сродни эволюции биологической. Процесс коммуникации представляет собой феномен аналогичный фенотипу, т.е. аналогу для биологических организмов. В качестве генотипа для коммуникации рассматривается язык. Теории М. Маклюэна и Н. Лумана описывают этапы развития коммуникации, выражают свой взгляд на взаимодействие языка и коммуникации, отражают процессы изменений средств передачи информации.

Социально-профессиональные коммуникации сегодня присущи всем сферам общественной жизни. Принятие управленческих решений, эффективность управления организацией и ее структурными подразделениями не происходит без

коммуникации – современного средства, при воздействии которого регулируется, объединяется в единый комплексный процесс организованная деятельность человека в рамках социальных систем. Социально-экономические трансформации современного общества порождают необходимость в рамках управления деятельностью организаций и предприятий активно использовать проверенные и эффективные концепции и практики управления, а также активизировать реальные и потенциальные компетенции различных групп сотрудников [90, с. 35]. Использование качественно зарекомендовавших себя практик управления и возможностей активизации управленческой деятельности невозможно осуществить без воздействия на коммуникационную систему организации.

Анализ концептуального развития теории социально-профессиональных коммуникаций привел к разработке типологии коммуникаций в современных организациях, которая отражает их основные характеристики, функции и влияние на социальные процессы в обществе (рисунок 1).

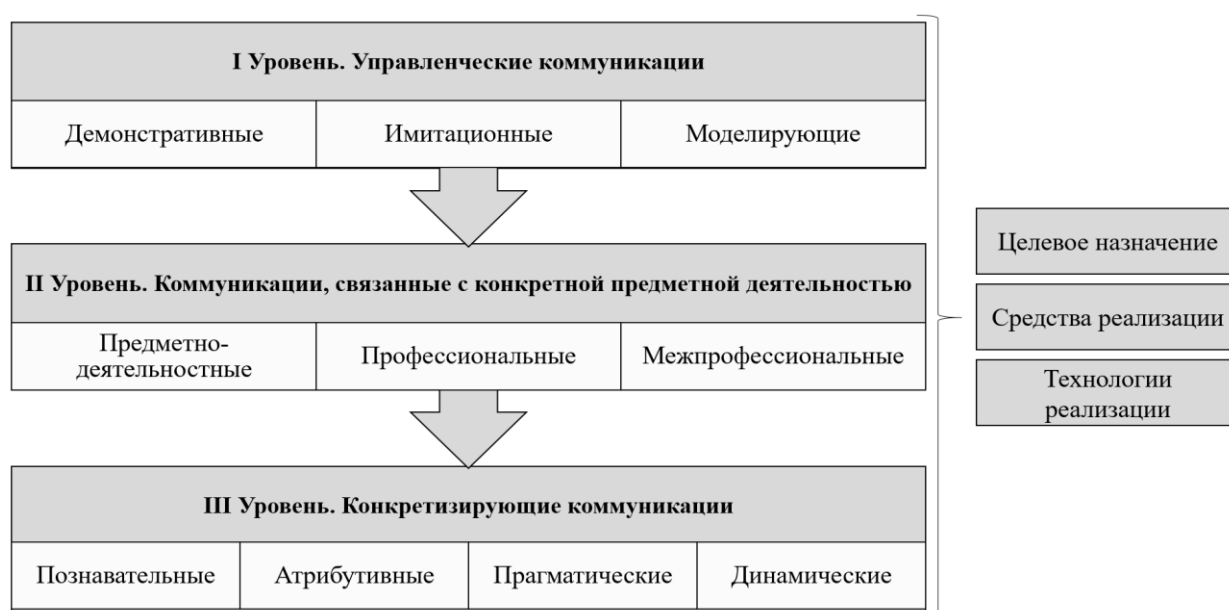


Рисунок 1 – Трехуровневая типология коммуникаций в организациях

Определенные нами типы коммуникаций в современных организациях мы выделяем как специальные. Среди них – демонстративные, имитационные, моделирующие, предметно-деятельностные, профессиональные,

межпрофессиональные, познавательные, атрибутивные, прагматические и динамические.

Первая группа коммуникаций, включая *демонстративные, имитационные и моделирующие*, рассматривается как подготовительные, предшествующие какой-либо конкретной предметной деятельности коммуникации. Демонстративные коммуникации предназначены для демонстрации каких-либо идей, мнений, взглядов и т.д., имеют преимущественно визуальные средства реализации. Среди примеров использования можно выделить демонстрацию элементов корпоративной культуры организации (ценностей, миссии, фирменного стиля и т.д.) посредством Интернет-ресурсов. Целевым назначением имитационных коммуникаций является формирование и применение апробированных имитационных моделей, например, в социальном маркетинге. Моделирующий тип коммуникаций предназначен для разработки и использования прообраза социального объекта или процесса с целью его изучения в системе коммуникационного взаимодействия, например, при проведении пилотажного исследования с целью получения предварительных социальных оценок. Имитационные и моделирующие коммуникации реализуются посредством комплексного подхода.

Непосредственно предметно-деятельные коммуникации, а также *профессиональные и межпрофессиональные* (коммуникации второго уровня) связаны с конкретным видом деятельности и раскрывают эту деятельность, отражают сущность, динамику, направленность и результативность социальных процессов, а также являются объединяющими в процессах взаимодействия в деятельности организаций и предприятий. Непосредственно предметно-деятельностные коммуникации обусловлены предметно-целевым содержанием, могут быть применены при любых средствах реализации. Примером будет служить разработка рекламной кампании, ориентированной на ограниченную целевую аудиторию, с задачей увеличения потока потребителей услуг организации. Профессиональные коммуникации напрямую связаны с осуществлением

должностных обязанностей и профессиональных функций работников, направлены на эффективную организацию и модернизацию конкретного вида предметной деятельности. Могут воплощаться, например, во взаимодействии, строго определенном должностными инструкциями. Межпрофессиональные коммуникации включают в себя обмен необходимой, находящейся на стыке сфер профессиональной деятельности информацией, в рамках межпрофессионального взаимодействия и представляют собой профессиональные коммуникации работников смежных сфер деятельности. Профессиональные и межпрофессиональные коммуникации могут быть как вербальными, так и невербальными в рамках своих средств реализации.

Третий уровень представлен *познавательными, атрибутивными, прагматическими и динамическими* типами коммуникаций. Данные типы коммуникаций зависят от сферы приложения труда, от особенностей социально-политического, социально-экономического, научно-технического развития, которые характеризует конкретный этап развития общества. Познавательные коммуникации нацелены на передачу новой информации об актуальном состоянии окружающей действительности, а в качестве средств реализации могут использоваться вербальные, невербальные и визуальные методы. Примером может служить посещение курса повышения квалификации специалистом по бухгалтерскому учету. Атрибутивные коммуникации отражают взаимодействие материального и социального в общественных процессах. Примером таких коммуникаций может служить высказывание гипотез о причинах изменений рыночной ситуации. Для атрибутивных коммуникаций характерны дискретность и непрерывность. В свою очередь, прагматические коммуникации имеют свойства новизны, ценности и кумулятивности, тогда как динамические коммуникации отличаются отсутствием единичности, многократностью и повторяемостью. Атрибутивные коммуникации отражаются в накоплении профессионального опыта, а динамические – в регулярных совещаниях в организации. Для

атрибутивных, прагматических и динамических типов коммуникации доступны любые средства реализации.

Типологические признаки указанных коммуникаций состоят в определении их сущности, назначения, роли в социальных процессах общественной жизни и сферы применения. Область применения описанных типов коммуникаций различна. Для моделирования социальных отношений в каждой из современных сфер жизни общества необходимо использование различных типов коммуникаций. В частности, без их реализации невозможно полноценное функционирование такой сферы жизни общества, как оказание и получение медицинских услуг.

Соответственно, в процессе развития коммуникационной системы организации происходит переход к последующим уровням развития коммуникации и появлению новых типов коммуникационного взаимодействия. Таким образом, формируется технология применения коммуникаций в организациях.

Применение для современных организаций предложенной типологии, рассмотрение различных типов коммуникаций согласно их распределению по трем уровням в зависимости от целевого предназначения, применяемых средств реализации и соответствующих технологий реализации будет способствовать логическому структурированию системы коммуникаций в организации для ее дальнейшей оценки, проведения социального мониторинга и поиска «слабых мест» коммуникационной системы.

Выводы

В первом параграфе первой главы «Концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях» на основе анализа теории коммуникаций осуществлено концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях. Нами обоснована и представлена актуальная типология специальных коммуникаций, где определено и зафиксировано их сущностное назначение, влияние на течение социальных процессов и развитие общественных отношений,

представлены возможные средства реализации указанных типов коммуникаций, а также примеры применения таких коммуникаций в повседневной жизни человека и коммуникационных процессах в организациях.

Проведенный анализ показал, что социальная коммуникация и варианты социального взаимодействия стали изучаться социологами-теоретиками и практиками только во второй половине прошлого столетия. Современный этап социально-экономического и научно-технического развития России несомненно учитывает теоретические основы, заложенные в коммуникативной политике предприятий и организаций. Вместе с тем, в сфере услуг медицинских учреждений используются информационно-коммуникационные технологии, а в ряде случаев и технологии с применением искусственного интеллекта, что предполагает уточнение состава и характеристик коммуникаций, которые сопровождают деятельность медицинских учреждений. Практика коммуникаций, ориентированных на различные группы населения, предполагает уточнение типологии коммуникаций, направленных на обеспечение эффективного взаимодействия и реализации механизма обратной связи.

Современный уровень развития общественных отношений в сфере деятельности медицинских учреждений подтверждают актуальные формализованные социально-профессиональные коммуникации и их специфика. Особенности институциональной и социальной структуры общества воспроизводят различные социально-профессиональные коммуникации.

В отличие от традиционно применяемых типологий коммуникаций, не демонстрирующих предметно-деятельностную направленность, представленных, например, в работах Г.Г. Почепцова, М.А. Василика, Ф.И. Шаркова и др., нами проведено исследование, которое позволило осуществить концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций, обосновать и предложить оригинальную типологию, отражающую их сущность, целевое назначение, варианты средств и примеров реализации в общественной жизни. По сравнению с прочими, описанными в литературных источниках ранее типами

коммуникаций, мы выделяем систему специальных коммуникаций, состоящую из коммуникаций первого, второго и третьего уровней – управленческие коммуникации, коммуникации, связанные с конкретной предметной деятельностью и конкретизирующие коммуникации.

Демонстративные, имитационные и моделирующие, составляющие первую группу коммуникаций, рассматриваются как подготовительные, предшествующие какой-либо конкретной предметной деятельности коммуникации. Непосредственно предметно-деятельные коммуникации, а также профессиональные и межпрофессиональные (коммуникации второго уровня) связаны с конкретным видом деятельности и раскрывают эту деятельность, отражают сущность, динамику, направленность и результативность социальных процессов. Третий уровень коммуникаций включает в себя четыре основных типа: познавательные, атрибутивные, прагматические и динамические. Эти типы коммуникаций тесно связаны с конкретной областью трудовой деятельности и зависят от социально-политических, социально-экономических и научно-технических условий, характерных для определенной стадии развития общества.

В предложенной типологии уточнены сущностные характеристики социально-профессиональных коммуникаций в организациях, которые состоят в их специфической роли и различиях по уровню глубины коммуникационного воздействия, степени видимости. Ранее в работах, посвященных различным типам коммуникаций, характеристики коммуникаций ограничивались однородными классификационными признаками, в частности, в контексте деловых коммуникаций, коммуникаций в организациях. Как следствие, сформулированные нами классификационные характеристики дополняют роль социально-профессиональных коммуникаций в деятельности современных предприятий и организаций инновационного типа.

Предложенная типология коммуникаций учитывает текущее состояние применяемых вариантов коммуникационного взаимодействия в условиях динамично развивающихся социально-экономических процессов. Назначение и

функциональная роль различных видов описанных нами реализуемых в современных организациях социально-профессиональных коммуникаций заключается в их непосредственном участии в процессах моделирования общественных отношений.

1.2. Особенности формирования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений

Медицинские учреждения, рассматриваемые как некоммерческие, государственные структуры, оказывающие медицинские услуги широкому кругу граждан по всей территории страны, имеют свои специфические черты функционирования и развития, и, соответственно, формируют специфические коммуникационные системы в рамках осуществления своей деятельности.

Формирование социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях тесно связано с основной деятельностью данных учреждений и составляющими сложившейся социальной структурой взаимодействия. В рамках этой структуры взаимодействия функционируют различные субъекты, включая медицинские учреждения, их сотрудников, реальных и потенциальных получателей медицинских услуг, а также государственные органы, ответственные за надзор и регулирование всей системы здравоохранения и деятельности других участников медицинского взаимодействия (рисунок 2). Каждый из этих субъектов вносит существенный вклад в особенности формирования системы социально-профессиональных коммуникаций, функционирующей в медицинских учреждениях.

Теоретические обобщения, включенное наблюдение, а также уточнение особенностей в сфере приложения труда позволят акцентированно сформировать алгоритм использования коммуникаций на основе сформированной типологии специальных коммуникаций (описанной в разделе 1.1. настоящей работы) в деятельности медицинских учреждений.



Рисунок 2 – Субъекты коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений

Для каждой сферы общественной жизни, в том числе для медицины, характерны основанные на общих принципах, но в то же время свои специфичные сети социально-профессиональных коммуникаций. Медицинские учреждения будут выстраивать свою систему коммуникаций в соответствии с общими принципами, адаптируя коммуникации к специфическим потребностям и задачам своей сферы деятельности. Стратегии информационного обеспечения деятельности современных организаций показывают, что в настоящее время заметно изменились функции современных организаций – коммерческие, технологические, юридические, функции обеспечения (материально-технического, информационного, финансового и кадрового) [91, с. 41-47]. Эти изменения логично влияют и на коммуникационные процессы, осуществляющиеся в рамках конкретной организации или учреждения, в том числе в сфере здравоохранения. В эпоху расширения возможностей современной медицины, кратного роста числа различных проводимых медицинских операций, манипуляций и процедур, роста числа частных медицинских центров, появления ряда платных медицинских услуг

в государственных медицинских учреждениях, коммуникационные процессы внутри и вне медицинских учреждений существенно изменились.

Особенности коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений касаются различных аспектов коммуникаций – коммуникационного пространства в целом, каналов связи, типов сообщений, защиты информации, роли коммуникаций, «человеческого фактора», особых типов взаимодействия (таблица 1).

Таблица 1 – Особенности компонентов коммуникационной системы в медицинских учреждениях

Компонент	Особенности
Коммуникативная среда	Совокупность информационных взаимодействий различных форм и форматов
Каналы коммуникации	Широкий спектр различных каналов коммуникации
Степень формального взаимодействия	Высокая степень формального взаимодействия в соответствии определенными стандартами, инструкциями и правилами
Возможности защиты информации	Возможности кодировки и шифрования сообщений; наличие надежных протоколов безопасности высокого уровня для служебной информации; применение сложных методов шифрования
Роль коммуникации и «человеческого фактора» в процессе оказания и получения медицинских услуг	Чрезвычайно высокая роль soft skills, в частности, коммуникационных навыков, для медицинского и вспомогательного персонала (более 40% успеха терапии обеспечивается взаимоотношениями между потребителями медицинских услуг и медицинскими работниками)
Особенности типа взаимодействия	Взаимодействие потребителей медицинских услуг с медицинским персоналом включает как терапевтическую коммуникацию, так и коммуникацию экзистенциального типа

Источник: составлено автором на основе [124; 125, р. 1258-1259; 126, р. 119]

Коммуникационная среда в медицинском учреждении – это внутриорганизационная сфера обмена социально-профессиональной информацией посредством формальных и неформальных коммуникационных каналов. В медицинских учреждениях коммуникационная среда формируется вокруг разнонаправленных информационных потоков, которые подразумевают различные формы взаимодействия между людьми.

В организациях, оказывающих медицинские услуги населению, медицинский персонал (врачи-специалисты, медицинские сестры, другой средний и младший медицинский персонал) и вспомогательный персонал (административный персонал, сотрудники службы охраны и т.д.) являются отличительным элементом комплекса маркетинга, повышая ценность здравоохранения за счет того, как они способны взаимодействовать с потребителями медицинских услуг – пациентами, их родственниками и другими официальными представителями.

Помимо обучения медицинского персонала и медицинских достижений в области диагностики и лечения, человеческий компонент является очень важным фактором: более 40% успеха терапии обеспечивается взаимоотношениями между пациентом и медицинскими работниками.

В системе здравоохранения отношения между двумя сторонами – медицинским персоналом и потребителями медицинских услуг – имеют сложный характер и включают терапевтическую коммуникацию более высокого уровня экзистенциального типа дополнительно к базовому терапевтическому уровню.

В условиях масштабных изменений, происходящих в различных сферах общественной жизни, происходит закономерная трансформация коммуникационных систем, существующих в этих сферах. Любые социально-экономические изменения локального, национального или мирового масштаба неизбежно преобразуют системы коммуникаций и само коммуникационное взаимодействие общества с различными институциональными и хозяйствующими структурами и единицами. Ведь, как считал Э. Дюркгейм, система, которую

образуют ассоциированные индивиды, объединяясь, и которая варьируется в зависимости от их географического положения, характера и количества каналов связи, является основой, на которой поднимается социальная жизнь [129, р. 10].

Рост санкционного давления и разнонаправленных запретов в условиях мировой нестабильности, стремительные и отдаленные последствия пандемии корона вируса COVID-19, повсеместный процесс цифровизации, автоматизации и внедрения технологий искусственного интеллекта – все это оказало и продолжает оказывать влияние на коммуникации в сфере деятельности медицинских учреждений, на социально-профессиональные коммуникации в этом контексте. Например, исследователи отмечают, что сравнительный анализ пациентских нарративов из «ковидных» отделений и репортажей из других специализированных отделений (в особенности, до периода пандемии) показал существенные различия [63, с. 396].

Деятельность медицинских организаций любого типа, в частности, медицинских учреждений, должна осуществляться в рамках законодательно установленных правил и допущений [1], в соответствии с чем как руководящие подразделения медицинских учреждений, так и сами органы государственной власти заинтересованы в улучшении управленческих процессов в сфере деятельности медицинских учреждений.

Условия изменяющейся окружающей действительности социального, экономического, культурного и политического контекста, порождая изменения в общих коммуникационных системах, влияют на социально-профессиональные коммуникации между медицинскими учреждениями, между медицинскими работниками, а также между представителями медицинских учреждений и потребителями медицинских услуг.

С точки зрения социального управления социально-профессиональные коммуникации присутствуют во всех сферах общественной жизни и могут быть рассмотрены как ключевой инструмент, обеспечивающий координацию и выполнение управленческих функций внутри организации или учреждения. В

современных социальных структурах управление становится все более ориентированным на социальные аспекты, усиливая значимость и необходимость развития эффективной коммуникационной системы.

Формирование системы цифрового здравоохранения сегодня реализуется посредством современных видов коммуникаций в медицине, что касается обоих типов существующего взаимодействия в процессе оказания и получения медицинских услуг реальными их потребителями (рисунок 3).

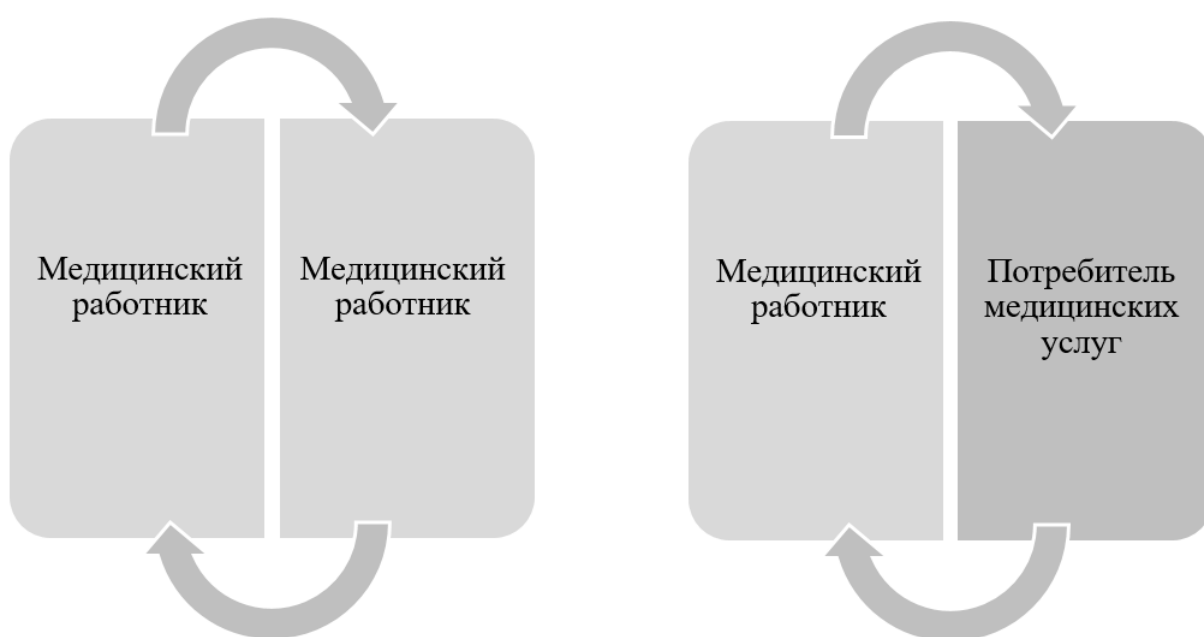


Рисунок 3 – Коммуникации при оказании и получении медицинских услуг

Цифровая трансформация и связанные с ней изменения привели к эволюции социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере, что, в свою очередь, привело к появлению новых каналов и инструментов для реализации эффективных коммуникаций между медицинскими работниками, а также между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг (рисунок 4).

В настоящее время перед потребителями медицинских услуг открываются возможности получения консультации с врачом-специалистом посредством удаленных (дистанционных) медицинских консультаций, пересмотра материалов, если пациент уже связывался со специалистом в рамках первичного очного приема.

Реализация возможностей дистанционного консультирования помогает потребителям медицинских услуг из отдаленных от федеральных центров регионов получать высококвалифицированную помощь, минуя долгосрочное ожидание и краткосрочное личное взаимодействие, существенно сократив длительные временные интервалы и финансовые транспортные затраты.

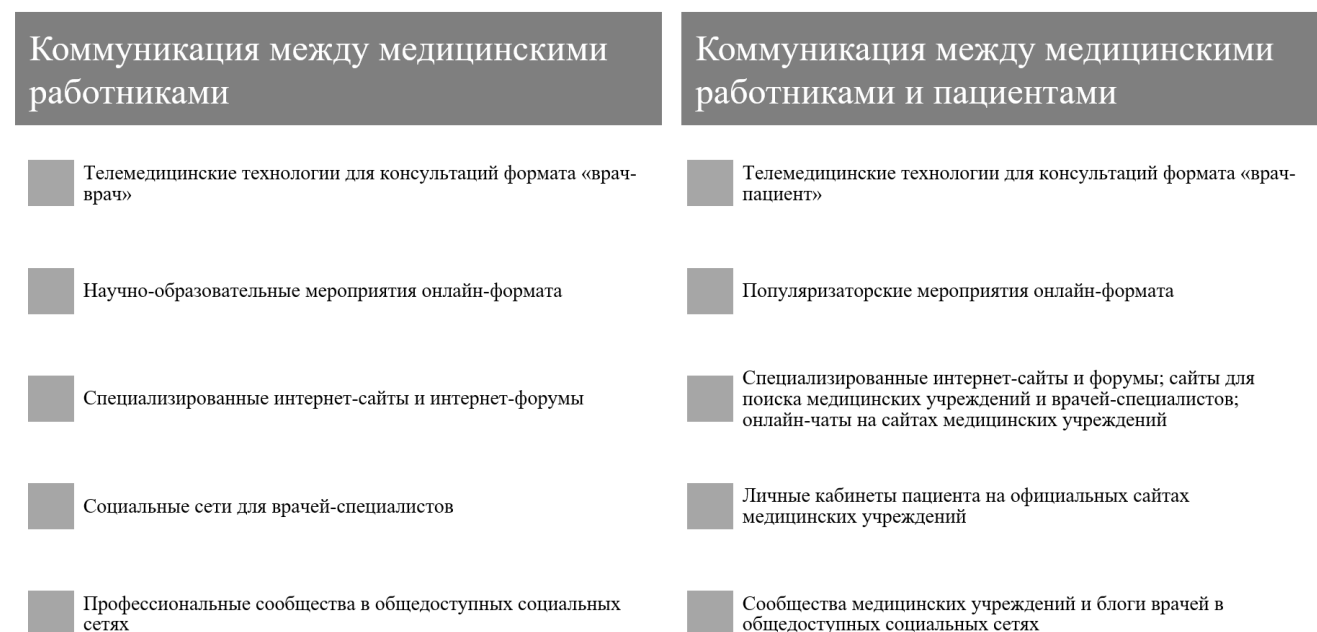


Рисунок 4 – Современные каналы коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений

Цифровизация как тренд в целом, а, в дальнейшем и пандемия коронавируса COVID-19 поспособствовала тому, что специалисты фиксировали рост числа научно-образовательных мероприятий как для медицинских работников, так и для заинтересованных потребителей медицинских услуг – пациентов и их родственников.

Необходимость самоизоляции и территориальная разобщенность способствовали преобразованию формата традиционных для специалистов-медиков профессиональных мероприятий – медицинские конференции и форумы (в том числе международные) проводились в смешанном (онлайн- и офлайн-) или онлайн-формате. Кроме того, медицинские учреждения расширили спектр своих

онлайн-инициатив, включая веб-семинары и трансляции по популярной медицинской тематике, что было призвано привлечь внимание потребителей медицинских услуг. В условиях самоизоляции медицинские учреждения, врачи-специалисты и другие медицинские работники начали более активно эксплуатировать возможности онлайн-коммуникаций для укрепления связей с потребителями медицинских услуг. Так, происходил рост числа тематических аккаунтов и групп медицинских организаций и учреждений в популярных социальных сетях и мессенджерах, росло число публикаций информационных материалов о медицине и здоровье, направленных на популяризацию медицинской грамотности и актуальной медицинской информации. Кроме того, такое взаимодействие с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг позволило медицинским учреждениям сохранить контакт с целевой аудиторией, сформировать более высокий уровень лояльности участников соответствующих тематических онлайн-сообществ, а также сохранять уровень приверженности лечению со стороны текущих пациентов и их представителей.

В условиях цифровой эпохи активное развитие в медицинской сфере получили и Интернет-ресурсы медицинской направленности – официальные интернет-сайты организаций и учреждений, онлайн-форумы и тематические сообщества – для медицинских работников, студентов медицинских ВУЗов, потребителей медицинских услуг.

Сегодня платформы-агрегаторы, которые предлагают информацию о медицинских учреждениях, врачах, доступных услугах и других элементах функционирования медицинских учреждений, стали важной частью нашей повседневной жизни. Интернет-порталы «НаПоправку», «ПроДокторов», «СберЗдоровье» активно используются как медицинскими организациями и учреждениями для трансляции информации о специалистах, стоимости и перечне услуг, так и потребителями медицинских услуг – для получения этой информации, изучения отзывов о специалистах, об организациях и учреждениях, онлайн-записи на консультации и манипуляции без совершения телефонных звонков.

Многие официальные сайты различных организаций, включая медицинские учреждения, теперь оснащены интерактивными онлайн-чатами, такими как «Jivo», которые позволяют пользователям коммуницировать с представителями медицинских учреждений в режиме реального времени, сохраняя анонимность.

Активный рост числа частных медицинских клиник, а также тренд на расширение перечня услуг в медицинских учреждениях, традиционно обслуживающих население в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), способствовал увеличению числа Интернет-сайтов, позволяющих использовать цифровой инструмент формата «Личный кабинет». С помощью него пользователь может зарегистрировать свой личный аккаунт и использовать его для оформления записи на прием к врачу-специалисту, диагностическое обследование или проведение медицинской манипуляции. Кроме того, пользователь может получать результаты анализов и обследований в режиме онлайн, а также отправлять вопросы соответствующим медицинским работникам.

Специализированные социальные сети с закрытым доступом для широкой аудитории пользователей общедоступных социальных сетей, такие как «Врачи РФ», «Врачи Вместе» и др., получили широкое распространение в профессиональной среде в связи с развитием социальных сетей в принципе, а также со сложностью и спецификой самой медицинской деятельности. Такой канал профессиональной коммуникации предоставляет возможность медицинским работникам сконцентрировать свои знания и опыт для оказания поддержки и помощи друг другу в пределах определенных статусно-квалификационных групп работников медицинских организаций и учреждений [143]. Такие социальные сети обеспечивают концентрацию врачей-специалистов в закрытом от других социальных групп пользователей Интернет-пространстве. Специализированные социальные сети для врачей и других медицинских работников позволяют пользователям вести дискуссии на актуальные профессиональные темы, касающиеся последних клинических случаев, производить обмен профессиональной информацией и релевантными источниками результатов

исследований и информационных материалов, своим клиническим опытом. В социальных сетях и мессенджерах (например, ВКонтакте, Одноклассники) администраторы и владельцы профессиональных групп для медицинских работников часто вынуждены создавать закрытые сообщества, поскольку открытые социальные сети не обеспечивают надежной идентификации и верификации медицинских специалистов.

Медицинские специалисты, стремясь укрепить связь с потребителями медицинских услуг, создают свои блоги, каналы и другие онлайн-платформы для общения и обмена информацией [17, с. 24]. Вместе с тем, такой канал коммуникации представителей медицинского сообщества и потребителей медицинских услуг является неоднозначным, поскольку имеет свои ограничения, касающиеся профессиональной этики, конфликта интересов, социальных ожиданий и социальных искажений [151].

Потенциальные и реальные потребители медицинских услуг, их родственники и другие официальные представители активно используют возможности социальных сетей для поиска необходимой медицинской информации и обмена опытом о лечении каких-либо заболеваний, побочных эффектах проводимого лечения, источниках достоверных медицинских данных [127, р. 2234]. Так, на Интернет-площадках набирают популярность тематические сообщества и группы взаимной поддержки потребителей медицинских услуг – пациентов, в данный момент проходящих лечение от какого-либо заболевания или состояния. Такие каналы коммуникации создают пользователи без медицинского образования, они управляются и администрируются самими пациентами и их родственниками.

Данные исследования «Brand Analytics» показывают, что в России осенью 2022 года, несмотря на ограничения в некоторых социальных медиа, количество активных пользователей снизилось лишь незначительно, в то время как объем создаваемого контента и информационных сообщений продолжил расти [100].

В 2022-2024 гг. на фоне усиливающихся санкционных ограничений для Российской Федерации, изменяется специфика коммуникаций в сфере деятельности медицинских организаций и учреждений. Среди управляющих систем организаций и учреждений в медицинской сфере происходит переориентация на усиление взаимного сотрудничества и партнерства со странами из группы СНГ и БРИКС [69, 81].

На коммуникационные процессы в социальной сфере и, в частности, в медицинской среде, коренным образом оказали влияние цифровизация и расширение потенциала онлайн-коммуникаций, расширение охвата и списка причин использования социальных сетей, пандемия коронавируса, санкционное давление. Впервые появившиеся или трансформировавшиеся каналы цифровых коммуникаций расширяют возможности как для медицинских работников, так и для других заинтересованных сторон и граждан.

Актуальные вызовы, влияющие на коммуникационные процессы, изменения в самих коммуникационных системах, не препятствуют появлению инструментов для развития системы коммуникаций медицинских учреждений.

Сегодняшние трудности в коммуникации между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг могут быть признаны одной из причин, снижающих общую эффективность медицинского обслуживания. Проблемы, которые могут показаться несущественными в контексте медицинской практики, часто приводят к значительным осложнениям в контексте состояния здоровья, поскольку они снижают готовность пациентов следовать предписаниям медицинских работников.

Недостаточное внимание к коммуникационным аспектам в медицине может стать причиной ухудшения здоровья населения и спровоцировать кризис в сфере деятельности медицинских учреждений. Обучение медицинского персонала навыкам эффективной коммуникации является одной из ключевых задач для улучшения взаимодействия с потребителями медицинских услуг, что, в свою очередь, существенно влияет на успех диагностических и лечебных процедур.

Формирование новых концептуальных представлений о роли социально-профессиональной коммуникации в деятельности медицинских учреждений обуславливает необходимость определения особенностей их реализации в конкретном взаимодействии с различными группами населения. Как следствие, в работе определены особенности социально-профессиональных коммуникаций, наиболее характерные для деятельности медицинских учреждений (рисунок 5).

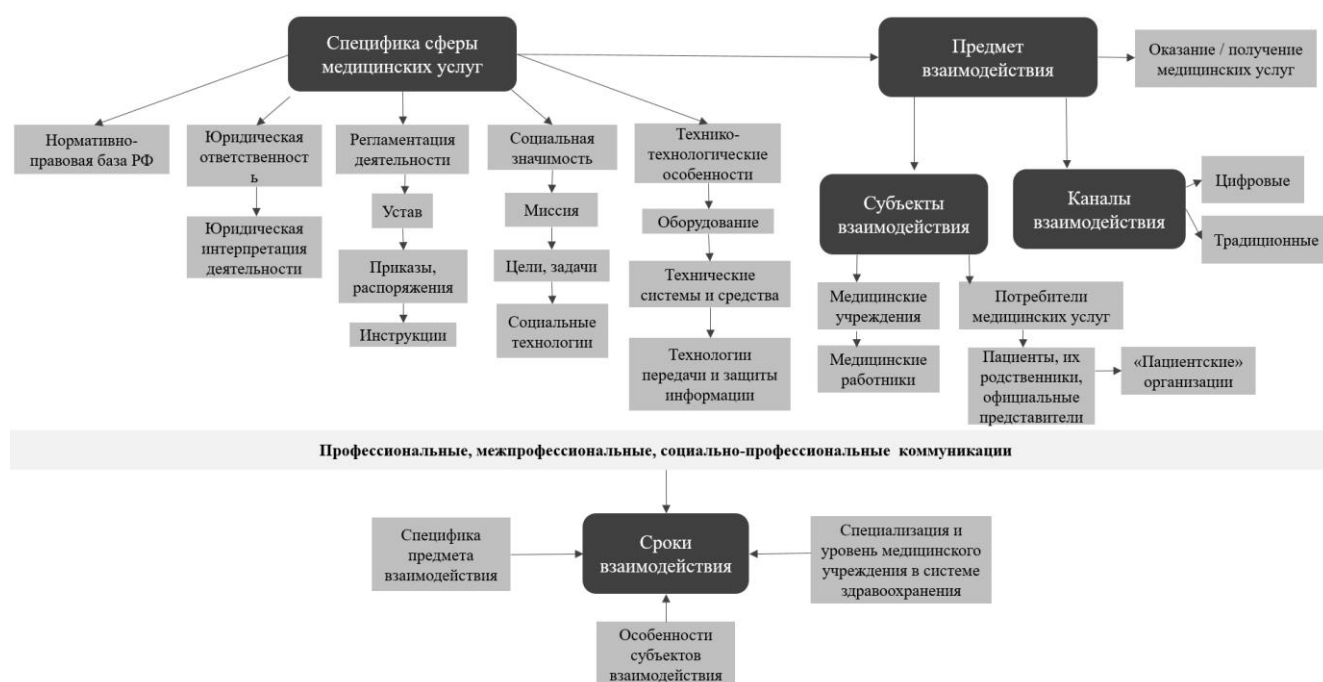


Рисунок 5 – Особенности социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

Источник: составлено автором с использованием [70; 89; 122]

Социальный контекст коммуникационной политики в сфере деятельности медицинских учреждений непосредственно связан с юридической интерпретацией деятельности работников и медицинских учреждений, в частности, с большим числом юридически необходимых документов и процедур.

Реализация социально-профессиональных коммуникации в деятельности медицинских учреждений регламентируется и регулируется законодательно и в рамках управления деятельностью самой медицинской организации, где данный

процесс осуществляется в том числе посредством определенных распорядительных документов. Предмет таких коммуникаций является специфическим, сложным, комплексным. Также данным коммуникациям присущи особенные статусно-ролевые взаимоотношения коммуницирующих сторон, специфические каналы коммуникаций, особая сфера приложения, специфическая профессиональная этика.

Специфический предмет взаимодействия, особенности субъект-субъектных коммуникаций в этой области, разнородная специализация медицинского учреждения обуславливает возможные специфические сроки взаимодействия медицинских работников с потребителями медицинских услуг, которые могут варьироваться от нескольких лет до нескольких часов даже в тех случаях, когда аналогичное традиционное взаимодействие было более длительным еще несколько десятков лет назад.

Так, например, варианты коммуникаций потребителей медицинских услуг с сотрудниками медицинских учреждений в рамках такого взаимодействия как «хирургия одного дня» позволяют уменьшить продолжительность госпитализации в лечебных отделениях и обеспечивает доступ к необходимым медицинским услугам для большего числа людей в более короткие сроки [29]. Более того, в последние годы лечение даже онкологических заболеваний сместилось в сторону амбулаторных услуг: произошел переход к меньшему количеству госпитализаций и более короткому пребыванию в больничных учреждениях [144]. В настоящее время лечение онкологических заболеваний во многом проводится в амбулаторных условиях.

Особенности социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях непосредственно отражаются на общем поле коммуникационной деятельности, являясь включенными в само ядро рассматриваемой коммуникационной деятельности, от структуры которого во многом зависит характер коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений (рисунок б).



Рисунок 6 – Система социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений

Учет индивидуальных особенностей коммуникаций между медицинским персоналом и потребителями медицинских услуг является ключевым фактором в условиях трансформации медицинских учреждений, характеризующейся изменением структурных и функциональных характеристик. Мы полагаем, что акцент на выявленных нами особенностях поможет уменьшить риск возникновения коммуникационных проблем.

Наш анализ дал возможность теоретически и эмпирически определить и подтвердить ключевые характеристики социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях.

Нами выделены следующие особенности:

- предмет таких коммуникаций – оказание медицинских услуг населению – является специфическим, комплексным и динамично изменяющимся под влиянием исторического и социально-экономического контекста;

- реализация социально-профессиональных коммуникаций в этой сфере регламентируется на законодательном, нормативно-правовом уровне, на уровне медицинских учреждений посредством определенных распорядительных документов;

- данным коммуникациям присущи специфические статусно-ролевые взаимоотношения участников взаимодействия, сфера приложения, свой язык и сложившийся деловой этикет, корпоративная культура, особенности длительности и частоты контактов, специфические каналы коммуникаций;

- такие коммуникации возможны к рассмотрению в двух субъектных аспектах – «медицинский работник – медицинский работник» и «медицинский работник – потребитель медицинских услуг»;

- медицинские работники несут моральную и правовую ответственность в рамках деятельности, имеющей высокую социальную значимость;

- в коммуникациях персонала медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг необходимо принимать во внимание особую роль коммуникативных навыков медицинского персонала для внедрения и реализации социальных технологий поддержки социального здоровья населения;

- коммуникационное взаимодействие медицинских учреждений с различными группами населения подразумевает технико-технологическую специфику, представленную различными телемедицинскими технологиями, специализированными информационно-коммуникационными ресурсами, профессиональными сообществами, научно-образовательными и популяризаторскими мероприятиями;

- социальный механизм социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере определяет сущность, характеристики, общую и специальную направленность этих коммуникаций, степень вовлеченности сотрудников медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг.

Обращая внимание на эти характеристики социально-профессиональных коммуникаций в медицине, может быть создана рациональная система

взаимодействия между медицинским персоналом и пациентами, основанная на качественных предметно-деятельностных коммуникациях. В результате, мы предлагаем процесс социального конструирования коммуникаций с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, предполагающий учет выявленных в этом исследовании особенностей системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях.

Выводы

Во втором параграфе первой главы «Особенности формирования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений» теоретически определены ключевые характеристики социально-профессиональных коммуникаций, присущие медицинским учреждениям.

Наше исследование показало, что формирование социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях зависит от их непосредственного окружения и особенностей деятельности. Факторы, влияющие на эти коммуникации, включают в себя уникальные особенности медицинских учреждений как организаций, профессиональную деятельность сотрудников, а также характеристики пациентов и услуг, которые они получают.

Коммуникационные системы медицинских учреждений в совокупности аккумулируют большую часть информационных потоков системы здравоохранения, где циркулирует и концентрируется наиболее важная информация, обеспечивающая функционирование рабочего пространства каждого отдельного учреждения. Поэтому проблемы в медицинской коммуникации влияют на все информационное пространство медицинского учреждения.

Коммуникация в деятельности медицинских учреждений – это активный процесс передачи и приема информации, и, по крайней мере, одна из сторон коммуникации должна обладать навыками активного слушания, понимания сообщений и ответов на ключевые вопросы, для интерпретации невербального языка, мотивируя динамику для поддержки коммуникационного взаимодействия.

Отсутствие или низкий уровень таких навыков у врачей-специалистов и других медицинских работников – частая проблема сферы.

Адаптация социальных технологий поддержки социального здоровья населения в общественную жизнь предполагает наличие сформированного коммуникативного пространства, основанного на доверии населения, потребителей медицинских услуг медицинскому персоналу. В особенности в этом процессе следует уделить внимание таким аспектам, как технологии медико-социальной работы и медико-социального взаимодействия.

Применительно к медицинским учреждениям, их взаимодействию с населением нами были определены и представлены особенности осуществления социально-профессиональных коммуникаций. Отмеченные особенности коммуникаций сотрудников медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг оказывают свое непосредственное влияние на процессы оказания и получения медицинских услуг и устоявшиеся практики коммуникаций в социально-экономическом контексте.

1.3. Проблемы и методический инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений

Здоровье является одной из важнейших ценностей в жизни человека, а здоровье нации – одной из главных ценностей системы здравоохранения любого государства. Сегодня сохранение здоровья, ориентация системы здравоохранения на здоровьесберегающие социальные технологии и развитие являются одними из составляющих возможностей трансформации человеческого капитала и социального благополучия населения.

«Здоровье» – это сложное и многогранное явление, которое исследуется в рамках междисциплинарного подхода с различных точек зрения, таких как биологическая, физиологическая, биосоциальная и социальная.

Социальное здоровье как критерий уровня социальной активности описывает, ключевым образом, уровень трудоспособности, а также деятельного, активного отношения к окружающей действительности, общественной жизни, различным социальным процессам.

Категория здоровье при ее рассмотрении с социальной точки зрения расширяет представления о восприятии ее только в контексте экономической составляющей и человеческого потенциала, рассматриваемого как источник человеческих ресурсов. Уровень заболеваемости – значимый показатель для оценки здоровья населения.

За последние десятилетия фиксируется рост заболеваемости социального значимыми для общества болезнями [35], а также появление новых вирусных инфекций [6], что, в совокупности, акцентирует внимание на проблемах сохранения здоровья и улучшения состояния здоровья с новой силой. Степень распространения социально значимых инфекционных заболеваний ключевым образом влияет на санитарно-эпидемиологическое благополучие и качество жизни населения [62, с. 294]. Кроме того, за последние десятилетия в связи с крупными мировыми трансформациями мы наблюдаем рост степени психоэмоционального напряжения у граждан многих стран мира, что актуализирует проблемы сохранения не только физической, но и психологической, эмоциональной составляющей здоровья человека [105].

Государство, как один из крупнейших социальных институтов, функционируя в обществе и обеспечивая взаимодействия во всех сферах общественной жизни, нацелено на сохранения здоровья населения, на улучшение качества жизни граждан. В этой связи, национальный проект «Здравоохранение» (2019-2024 гг.) направлен на решение ключевых социально значимых проблем в медицинской сфере [72, 83].

Статистика роста числа зарегистрированных случаев заболеваний в нашей стране, в том числе впервые зарегистрированных (сборник «Здравоохранение» от 2023 г. [41]), демонстрирует ежегодный прирост (рисунок 7).



Рисунок 7 – Динамика числа зарегистрированных случаев заболеваний за период 2020-2022 гг., тыс. случаев

Кроме того, доля диагнозов, выявленных первично среди общей структуры заболеваемости также демонстрирует непрерывный рост – с 48,8% до 51,4% в период 2020-2022 гг. (рисунок 8).

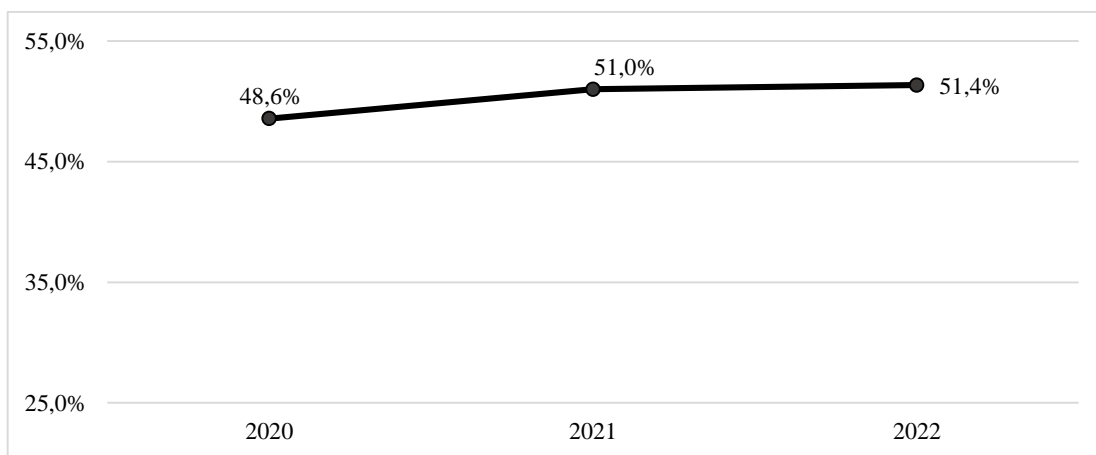


Рисунок 8 – Динамика заболевших с впервые поставленным диагнозом в структуре всей заболеваемости за период 2020-2022 гг.

За период 2010-2022 гг. численность действующих медицинских организаций, напротив, отражает динамическое сокращение (уменьшение на 18 %)

при условии роста в этой структуре числа негосударственных медицинских центров и клиник (рисунок 9).

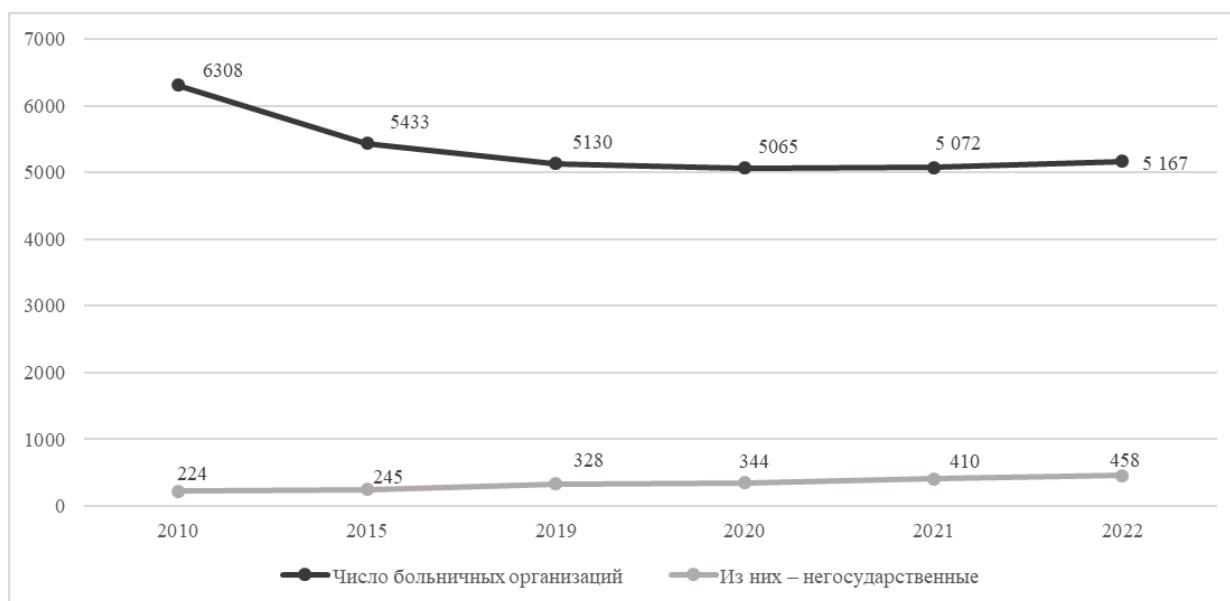


Рисунок 9 – Динамика численности медицинских организаций за период 2010-2022 гг.

Такая тенденция негативно сказывается на доступе к необходимым медицинским услугам части населения, что в долгосрочной перспективе способно привести к снижению уровня их здоровья и социального благополучия. Так, результаты исследований подтверждают тот факт, что у социально неблагополучных групп населения (граждан с низким уровнем образования, уровнем дохода и наименее престижной работой) как правило, фиксируется наиболее низкий уровень здоровья [12, с. 42].

Согласно данным комплексного наблюдения за условиями жизни населения за 2022 год, опубликованным в сборнике «Здравоохранение», подавляющее большинство граждан в возрасте 15 лет и старше (86% в целом) оценивают свое здоровье как «хорошее» либо «удовлетворительное» (рисунок 10).

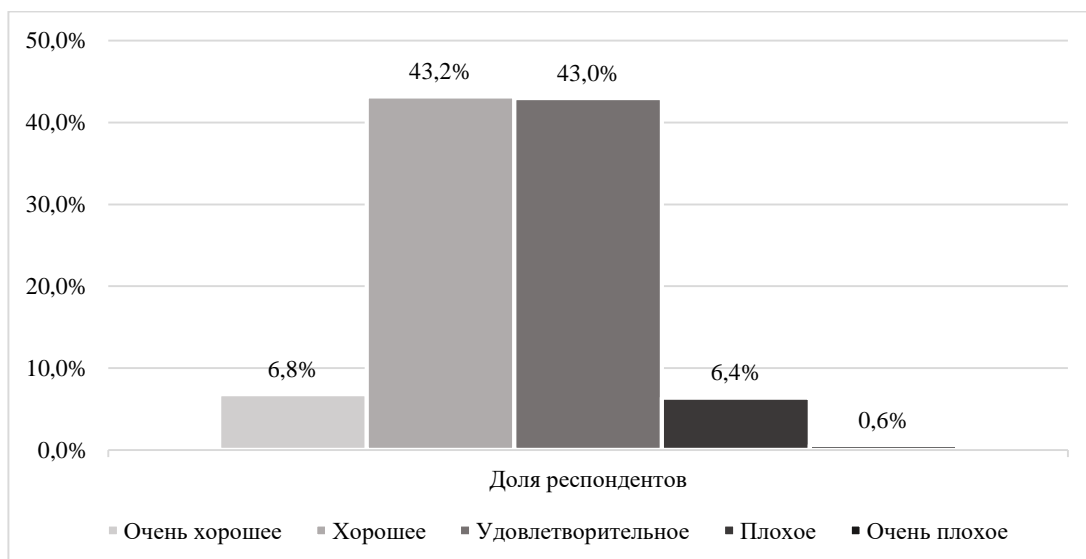


Рисунок 10 – Оценка населением уровня своего здоровья, 2022 г.

Также в 2022 году среди граждан в возрасте 15 лет и старше, которые обращались за амбулаторно-поликлинической помощью в медицинские учреждения, но не получили медицинскую помощь, были выявлены 7 основных причин не получения помощи. (рисунок 11).

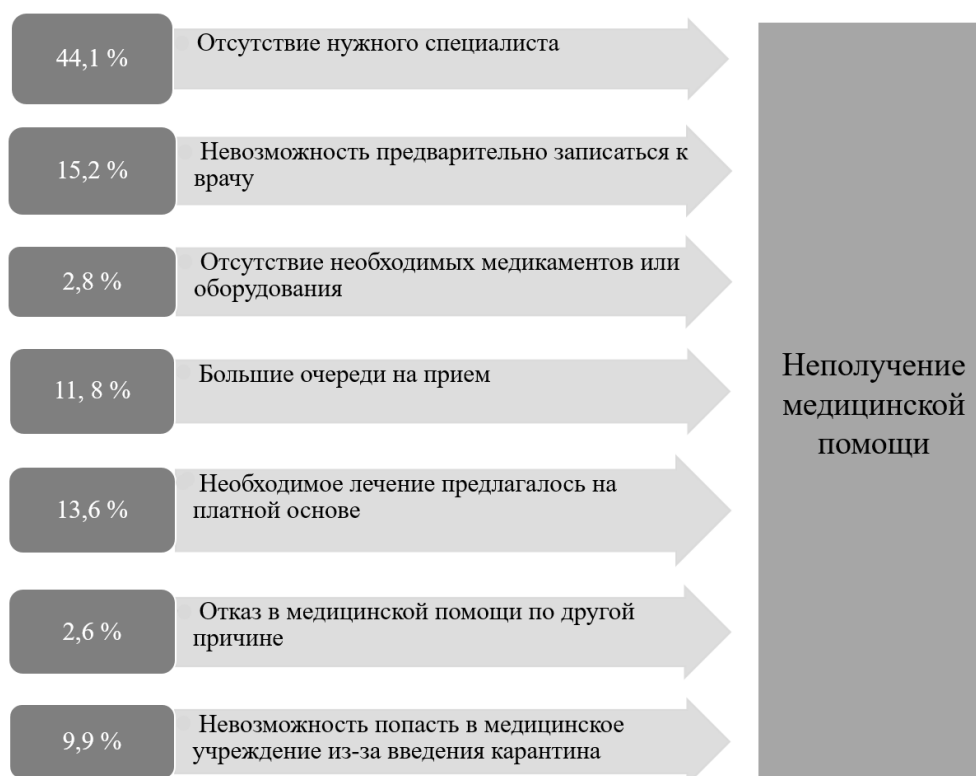


Рисунок 11 – Основания не получения медицинской помощи в случае обращения за ней

В 2022 году среди основных причин, по которым люди в возрасте 15 лет и старше не обращались за медицинской помощью, когда в ней действительно нуждались, были выделены 9 наиболее значимых оснований (рисунок 12).

В результате анализа результатов наблюдения, были выявлены ключевые проблемы, которые мешают населению получать необходимую медицинскую помощь, получать качественные медицинские услуги. К ним относятся неэффективное управление персоналом в медицинских организациях и учреждениях, нехватка необходимого уровня развития современных технологий и ресурсов, а также низкий уровень этики и корпоративных стандартов в процессе оказания медицинской помощи. Кроме того, важным фактором является необходимость повышения доверия граждан к медицинским учреждениям и приверженности лечению.



Рисунок 12 – Основания не обращения за медицинской помощью в случае необходимости

Исследование ограничений, которые мешают гражданам получать необходимые медицинские услуги, а также факторов, которые препятствуют

обращению россиян в медицинские учреждения, показало, что существуют серьезные проблемы в системе здравоохранения, а также в деятельности медицинских учреждений и организаций, которые должны обеспечивать население качественной медицинской помощью. Кроме того, был выявлен ряд проблем, обусловленных характеристиками потребителей медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями. Выявленные причины [51] связаны с недостатком специалистов в ряде населенных пунктов, недостаточными объемами медицинских услуг (в рамках ОМС), недоверием системе здравоохранения и медицинским работникам, недовольством работой первичного звена здравоохранения, низким уровнем базовой медицинской грамотности, а также отсутствием временных и физических возможностей для получения медицинских услуг (рисунок 13).



Рисунок 13 – Комплекс проблем в процессе оказания медицинских услуг

Источник: составлено автором в результате анализа [41]

Российская система здравоохранения сталкивается с рядом серьезных проблем на управленческом уровне, в том числе децентрализацией управления, финансовыми трудностями, проблемами обеспеченности кадрами, доступностью и стоимостью лекарственных средств, вызовами в области медицинского образования и науки, а также растущей нагрузкой на медицинский персонал со стороны потребителей медицинских услуг [109].

В различных регионах наблюдаются региональные различия в качестве предоставляемых медицинских услуг. Это усугубляется дефицитом квалифицированных медицинских кадров, что ведет к перегрузке существующего медицинского персонала. Нередко финансирование не соответствует реальным потребностям в медицинских услугах по различным направлениям и специализациям. Кроме того, существует проблема доступности медикаментов, медицинских расходных материалов и сложного оборудования в связи с их физической нехваткой и ростом стоимости. Все это усиливает уже существующие трудности в коммуникации в медицинской сфере [7]. Медицинские работники часто сталкиваются с профессиональным выгоранием, которое может быть вызвано избыточной бюрократизацией в медицинских процессах и ограничениями времени для индивидуального подхода к пациентам. Сегодня это становится причиной ряда коммуникационных проблем.

Ведь отношение человека к своему профессиональному труду определяется тремя главными факторами – «совокупностью всех существующих общественных отношений», «технологическими или функциональными особенностями содержания того или иного конкретного вида трудовой деятельности» и «особенностями социально обусловленной структуры личности работника» [40].

Организационные проблемы в российском здравоохранении включают несоответствие между тем, что население ожидает от системы здравоохранения, и тем, что она фактически может предоставить потребителям медицинских услуг. (рисунок 14).



Рисунок 14 – Проблемные зоны в сфере здравоохранения

Как пациенты, так и сами медицинские работники (в особенности, в государственных медицинских учреждениях) отмечают обострившиеся в настоящее время организационные проблемы, связанные с забюрократизированностью их труда и отсутствием достаточного времени на непосредственное взаимодействие с пациентами [25, с. 117].

В рамках существующего комплекса проблем в процессе взаимодействия медицинских работников с потребителями медицинских услуг важно отметить, что социальные компетенции, и, особенно, хорошие коммуникативные навыки, приобретают все большее значение в современной профессиональной среде [147, р. 137]. Вследствие этого, оценка и развитие социальных компетенций, включая коммуникационные навыки, также стали важны в высшем образовании в области здравоохранения. Несмотря на акцент на потребности в развитии хороших коммуникационных навыков, есть исследования, которые сообщают об отсутствии социальных и коммуникативных компетенций у молодых специалистов. Также в современной практике здравоохранения высшие учебные заведения часто не

предусматривают обучение коммуникационным навыкам в своих учебных программах. Интересным фактом является то, что многие эксперты в области здравоохранения различных профессий и направлений полагают, что совместно практикующий персонал в рамках междисциплинарной команды будет более отзывчивым, эффективным и внимательным к пациенту, его семье и обществу, а также обеспечит медицинские услуги более высокого качества [142, р. 209]. Исследования в области предоставления медицинского образования указывают на важность не только овладения профессиональными знаниями и навыками, но и умения интегрировать их на практике в коммуникационные процессы с медиками-коллегами и пациентами [136].

В текущем контексте социальных и исторических реалий, эффективное общение медицинских работников с пациентами играет ключевую роль. Это важно для успешного применения и осуществления социальных инноваций, направленных на укрепление здоровья общества, т.е. для реализации социальных технологии поддержки социального здоровья населения. В этой связи создание специального социального механизма социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений будет определять возможные пути решения накопившихся коммуникационных противоречий.

Социальные инновации лежат в основе социального механизма, и они предполагают внедрение новых методов и подходов в практики общественной жизнь. В контексте здравоохранения эти инновации включают партнерство между медицинскими учреждениями и получателями услуг, а также разработку социальных технологий для поддержки здоровья населения. Улучшение социального благосостояния граждан является приоритетом при реализации социальных инноваций в медицинской сфере.

Социальное благополучие населения напрямую зависит от эффективного функционирования и взаимодействия различных социальных элементов, включая социальные группы, слои, организации и институты. Комбинация этих структур играет ключевую роль в способности населения вести здоровый образ жизни и

обеспечивать полноценную интеграцию каждого человека в общество [89, с.10]. Несмотря на это, улучшение социального благополучия населения в условиях индустриализации окружающей среды столкнулось с рядом противоречий, возникших в результате взаимодействия между природными и социальными факторами.

Согласно социологическому подходу к вопросу понимания понятия «социальное здоровье», социальное здоровье представляет собой особую характеристику общества, которая отражает «жизнеспособность общества как социального организма». Соответственно, критерием здоровья общества являются возможности, предоставляемые человеку с точки зрения биологических, психологических и социальных функций в совокупности. Вот почему высокий уровень социального здоровья общества оценивается как «оптимальные, адекватные условия социальной среды, препятствующие возникновению социальной дезадаптации и определяющие гармоничное развитие личности в структуре общества» [56, с.74-75].

Неэффективная организация общественной жизни может приводить к так называемым социальным болезням, т.е. расстройствам в структуре общественных связей, которые отрицательно сказываются на работе отдельных элементов общества. К социальным болезням относят, например, такие явления, как алкоголизм, наркомания, преступность, коррупция, нищенство, промискуитетный образ жизни подростков и др. Во многом уровень социального здоровья населения в целом зависит от состояния социального здоровья молодежи.

На состояние уровня социального здоровья свое влияние оказывают различные социальные институты и структуры образовательного, социального, досугового, медицинского профиля. Медицинские учреждения наравне с, например, образовательными учреждениями, также могут внести свой вклад в развитие социального здоровья потребителей медицинских услуг: медицинские работники способны объяснить населению, к чему могут привести социальные болезни, как не допустить их зарождение и предотвратить их развитие.

В этом и состоят социальные технологии поддержки социального здоровья населения. Для успешного внедрения и реализации последних медицинским работникам необходимо следующее:

- умение отличать главное от второстепенного;
- внутреннее спокойствие, стрессоустойчивость;
- эмоциональная устойчивость;
- знание меры воздействия;
- готовность к неожиданным событиям;
- дальновидность;
- стремление понять других.

Для обеспечения эффективной коммуникации с потребителями медицинских услуг медицинским работникам необходимо продемонстрировать свою готовность к работе с ними – уделять время для планирования и оказания медицинских услуг в соответствии с целями и приоритетами с максимальной эффективностью. Доступность, продемонстрированная врачом во время консультативного приема, открытость, внимательность и участие медицинских работников по отношению к пациенту и членам его семьи считаются неотъемлемыми атрибутами любого учреждения, предоставляющего медицинские услуги, и они должны поддерживаться на достаточно высоком уровне производительности, чтобы выдержать конкуренцию с другими учреждениями.

В связи с необходимостью развития как профессиональных, так и надпрофессиональных компетенций и навыков будущими врачами-специалистами еще на этапе получения профессионального медицинского образования образовательными учреждениями уделяется значительное внимание различным формам взаимодействия с коммерческими и некоммерческими организациями, интеграции взаимодействия в учебном процессе и привлечения ведущих отечественных и зарубежных специалистов-практиков из сфер науки и бизнеса посредством включения, например, сетевого формата в реализацию образовательного процесса [24].

Для более детального рассмотрения проблемы коммуникаций между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг, считаем необходимым одновременное проведение опросов – анкетирований медицинского персонала и населения, непосредственных потребителей медицинских услуг, проведение контент-анализа, а также использования метода включенного наблюдения, поскольку взаимодействие этих двух социальных групп, их соприкосновение применительно к здоровью человека, к методикам выздоровления, лечения поможет выявить сложившиеся противоречия и коммуникационные проблемы в медицинской сфере.

В методический инструментарий исследования включены следующие этапы:

- 1) Пилотажное исследование социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг;
- 2) Проведение анкетного опроса различных групп населения – реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг;
- 3) Анализ первичной документации, результатов деятельности медицинского учреждения (в том числе в информационно-коммуникационном пространстве в сети Интернет) в г. Санкт-Петербург;
- 4) Контент-анализ видимых элементов корпоративной культуры медицинских организаций и учреждений в г. Санкт-Петербург; контент-анализ элементов Кодекса деловой этики врача РФ;
- 5) Экспертное анкетирование руководителей структурных подразделений медицинских учреждений.

На первоначальном этапе в рамках пилотажного исследования респондентами выступили персонал медицинских организаций и непосредственные потребители медицинских услуг. К задачам анкетирования относятся следующие пункты:

- определить коммуникационные проблемы, выделяемые потребителями медицинских услуг (для различных социально-демографических групп населения);

- определить коммуникационные проблемы, выделяемые медицинскими работниками (для различных категорий сотрудников медицинских учреждений);
- выделить основные общие проблемные зоны в коммуникации специалистов и потребителей медицинских услуг.

На процессы коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг воздействуют различные факторы, среди которых управленческая детерминированность и центрированность, неравномерность обеспечения кадровыми ресурсами, обусловленность финансирования медицинских учреждений, особенности лекарственного обеспечения, вывозы развития медицинской науки и медицинского образования.

В результате указанных проблем возникли следующие последствия: вариативность качества и доступности медицинской помощи в различных регионах страны, включая разницу в уровне квалификации медицинских специалистов; неэффективность первичной медицинской помощи; неравномерное распределение бюджетных средств на различные виды и профили медицинской помощи; нехватка медицинских кадров в некоторых регионах; эмоциональное выгорание медицинского персонала; недостаточное обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях, а также рост цен на лекарственные препараты и медицинские изделия, невозможность оказания своевременной медицинской помощи части пациентов.

Полученные нами результаты теоретического и эмпирического исследования объективизируют состояние проблемной ситуации и основные условия осуществления взаимодействия персонала медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг, подтверждают наличие выявленных в результате предварительного анализа проблем, а также подчеркивают отсутствие должной работы медицинских учреждений по взаимодействию с потребителями медицинских услуг.

Анализ результатов проведенного исследования социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг (N 60 – персонал медицинских организаций; N 296 – потребители медицинских услуг, Приложения А, Б) представлен на рисунке 15, где отражена эмпирическая оценка проблемной ситуации: проблемы, выделяемые потребителями медицинских услуг и медицинскими работниками.

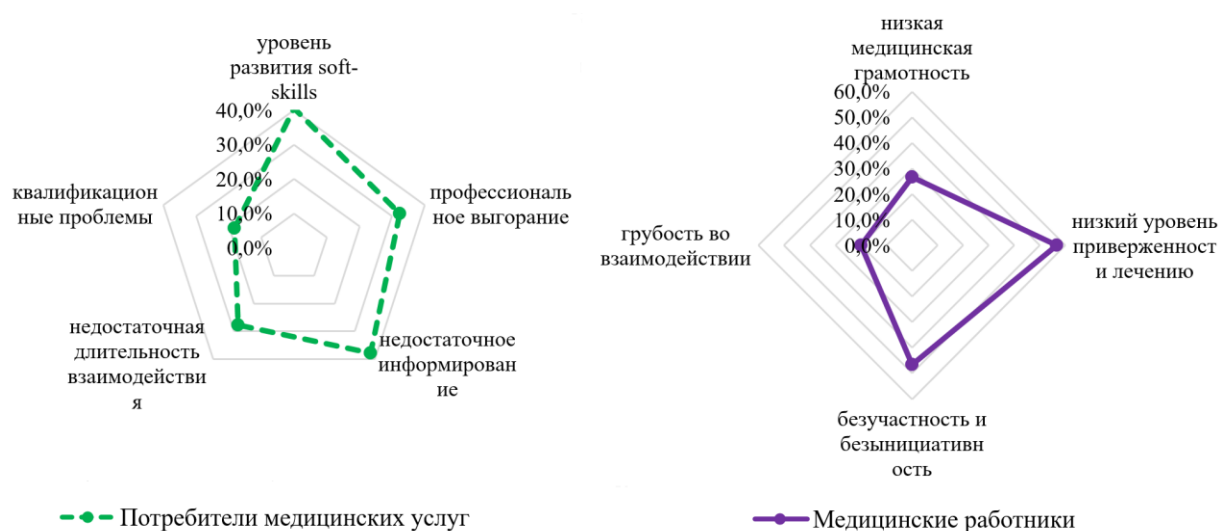


Рисунок 15 – Проблемы, отмеченные потребителями медицинских услуг и медицинскими работниками, %

Результаты проведенного анкетирования (N 296) показали, что основными проблемами, выделяемыми потребителями медицинских услуг в процессе коммуникации с медицинскими работниками стали уровень развития soft-skills, в частности, коммуникативных навыков (40,5 %); профессиональное выгорание (32,4%); недостаточное информирование (37,8%); недостаточная длительность взаимодействия (27,7%); квалификационные проблемы (18,2%). Основными проблемами, выделяемыми медицинским персоналом при взаимодействии с потребителями медицинских услуг (N 60), стали низкая медицинская грамотность пациентов (26,7%), низкий уровень приверженности лечению (56,7%), безучастность и безынициативность (недостаточная забота о состоянии своего

здоровья) (46,7%), а также грубость во взаимодействии с врачами-специалистами (20%).

Кроме того, определено, что медицинские работники в большей степени удовлетворены коммуникацией с потребителями медицинских услуг, чем потребители медицинских услуг коммуникацией с медицинскими работниками. Результаты исследования демонстрируют эмпирическую оценку уровня удовлетворенности взаимодействия потребителями медицинских услуг и медицинских работников (рисунок 16).

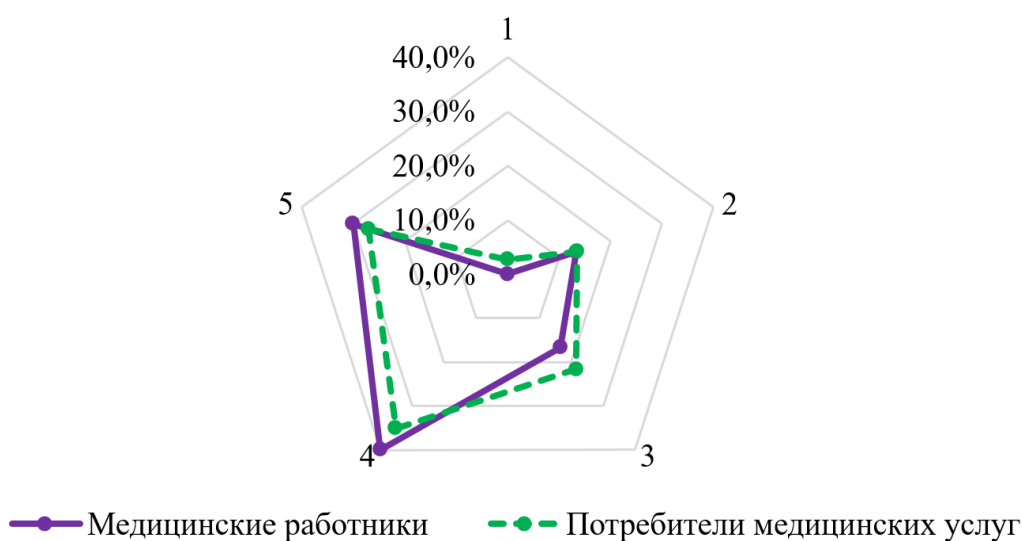


Рисунок 16 – Двусторонняя оценка уровня удовлетворенности коммуникациями потребителей медицинских услуг и медицинских работников, %

Таким образом, полученные нами результаты эмпирических исследований подтверждают наличие выявленных в результате теоретического анализа проблем во взаимодействии потребителей медицинских услуг с медицинскими работниками, а также подчеркивают отсутствие должной работы медицинских учреждений по взаимодействию с потребителями медицинских услуг.

Представленные эмпирические оценки позволяют сформулировать формат социально-профессиональных коммуникаций по принципу «врач-пациент», «пациент-врач». Для детального определения наличия проблем в медицинской

сфере, фиксации их текущего состояния нами предлагается использовать возможности социального мониторинга.

Важно отметить, что существенной, выделенной автором дополнительной проблемой является стремление медицинских учреждений охватить несоразмерно широкий спектр коммуникационного взаимодействия. Зачастую такие стремление не приводят к значимому результату, и часто – уводят от него. Поэтому коммуникации должны носить предметно-деятельный характер. Таким образом, в деятельности медицинских организаций актуализируется проблема предметной деятельности в области управления коммуникациями.

Современный этап развития учреждений системы здравоохранения во многом опирается на традиционную базу коммуникативного взаимодействия как между самими медицинскими учреждениями, так и между представителями медицинских учреждений и потребителями медицинских услуг. Вместе с тем, к настоящему времени повсеместно начинают использоваться информационные и цифровые технологии, которые постепенно входят в предметно-деятельностный процесс обеспечения населения медицинскими услугами. Как следствие, в условиях развития технологий и отсутствия возможностей их внедрения возникает нерешенная проблема развития специальных коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений. В этой связи нами предпринято проведение исследования комплекса социально-профессиональных коммуникаций в сфере услуг медицинских учреждений в целях поиска решения существующих коммуникационных проблем и противоречий.

Выводы

В третьем параграфе первой главы «Проблемы и методический инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений» при использовании теоретических данных и эмпирических оценок были определены и идентифицированы основные проблемы, присущие системе здравоохранения, и проблемы, которые возникают в

результате коммуникации между потребителями медицинских услуг и поставщиками этих услуг.

В условиях роста заболеваемости основными классами заболеваний и социально значимых болезней, непрерывного роста числа впервые выявленных (новых) случаев заболеваний и, в совокупности с сокращением числа всех медицинских организаций при одновременном росте числа частных медицинских организаций в его структуре, обостряется проблема сохранения здоровья населения. Медицинская помощь в ряде регионов становится менее доступна для ряда социальных групп.

В результате, выявлены основные проблемы, которые препятствуют получению населением необходимых медицинских услуг, такие как неэффективное управление персоналом в медицинских учреждениях, недостаток необходимого уровня развития современных технологий и ресурсной базы, низкий уровень развития профессиональной этики медицинских работников, необходимость повышения доверия со стороны граждан по отношению к медицинским учреждениям и медицинским работникам, необходимость строгого соблюдения пациентами назначенного врачами лечения.

Развитие возможностей противостояния современным вызовам по многом зависит от качественно развитых социально-профессиональных коммуникаций медицинских работников с потребителями медицинских услуг, а также от степени освоения первыми надпрофессиональных, гибких навыков, включая умение коммуницировать и корректно взаимодействовать.

Исходя из результатов проведенного анализа, выявлено, что медицинские учреждения не выполняют необходимую работу по обеспечению качественных коммуникаций с потребителями медицинских услуг. Опрос, проведенный среди потребителей медицинских услуг и работников сферы здравоохранения, выявил ключевые сложности в их коммуникационном взаимодействии. Также в результате анкетирования определено, что потребители медицинских услуг в меньшей степени удовлетворены коммуникацией с медицинскими работниками, чем

медицинские работники коммуникацией с потребителями медицинских услуг. Комплексные меры по работе с медицинскими специалистами, медицинскими учреждениями, а также популяризация медицинских знаний среди населения в совокупности способны оказать воздействия на выявленные проблемы и противоречия.

Вышеизложенное указывает на то, что теоретический и эмпирический анализ подтвердил первую, выдвинутую в исследовании гипотезу о том, что социально-профессиональные коммуникации работников медицинских учреждений затрагивают не только знания, умения, навыки и профессиональные компетенции персонала, но и умение взаимодействовать с различными реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

2.1. Социокультурный признак развития системы коммуникаций в медицинских учреждениях

Социокультурный мир, окружающий нас и пронизывающий все сферы общественной жизни, задает определенные правила для развития общества в определенном социальном-историческом контексте. Он «состоит из несметного количества отдельных объектов, событий, процессов, фрагментов, имеющих бесконечное множество форм, свойств и связей» [99, с. 43], которые охватывают различные трансформационные процессы и коммуникационное взаимодействие.

Сущность ключевого социокультурного признака развития системы коммуникаций в медицинских учреждениях заключается в повышающейся значимости корпоративной культуры и корпоративной этики в стратегическом развитии медицинских учреждений.

В Российской Федерации различные по масштабу, форме собственности, административно-территориальным характеристикам, специализации и специфике организации осуществляют медицинскую деятельность, т.е. предоставляют медицинские услуги населению. Однако, деятельность любого медицинского учреждения вне зависимости от ее особенностей и указанных характеристик осуществляется в рамках единого правового поля, в соответствии с общей нормативно-правовой базой, и, в дополнение, предполагает наличие у медицинского учреждения определенной организационной и корпоративной культуры.

Корпоративная культура, как значимый аспект структуры деятельности медицинского учреждения, оказывает ключевое воздействие на формирование стратегического развития этого учреждения. В корпоративной культуре любой современной организации или предприятия находят свое отражение цель и задачи

деятельности организации, стратегия развития, миссия, ценности, подходы к управлению и соответствующие модели взаимодействия – внутри самой организации и с внешней целевой аудиторией. Так, корпоративная культура для организации в современных условиях оказывает ключевое влияние на долгосрочное успешное функционирование, а проводимые исследования констатируют тот факт, что пренебрежение корпоративной культурой, недостаточное внимание к ней и ее развитию становится причинами значительного числа неудач в процессе реализации организационных изменений [46].

Формирование, построение и применение в деятельности корпоративной культуры, ее возможностей в качестве фактора развития современного медицинского учреждения сегодня привлекает внимание все большего числа специалистов в области управления здравоохранением. Это обусловлено способностями корпоративной культуры по формированию коллектива, ориентированного на единую общую цель, а также нацеленностью корпоративной культуры на качественные результаты оказания медицинских услуг гражданам, на объединение потенциала сотрудников, на рост мотивации и уровня инициативности работников, которые, в свою очередь, отражаются на результативности деятельности любого медицинского учреждения.

Для внешней аудитории учреждения – организаций и учреждений-партнеров, потребителей медицинских услуг, конкурентов и прочих стейкхолдеров – грамотно выстроенная корпоративная культура способствует формированию положительного имиджа, а также транслирует философию учреждения, что является значимым фактором как для реальных и потенциальных сотрудников, так и для реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг. В настоящее время руководящие структуры любых организаций, в том числе медицинских, независимо от их специфики и организационно-правовой формы, стремятся создать и укрепить корпоративную культуру, которая будет доступна всем сотрудникам.

В последние годы корпоративная культура стала важным аспектом управления организациями и предприятиями, что связано с современными социально-экономическими условиями, которые позволяют воспринимать корпоративную культуру как неотъемлемую часть управления деятельностью любой организации, хотя само понятие корпоративной культуры является относительно новым для различных управленческих дисциплин. До 1980-х годов корпоративная культура была мало изучена исследователями в области теории организаций. Термин «корпоративная культура» в XIX веке впервые был озвучен немецким фельдмаршалом Мольтке, который использовал его в сфере взаимоотношений в офицерской среде, а в первой половине XX века корпоративная культура стала исследоваться учеными, в первую очередь, группой исследователей во главе с Э. Мэйо [13]. Весомый вклад в понимание и исследование корпоративной культуры впоследствии был внесен такими учеными, как У. Оучи, Т. Дил и Э. Кеннеди, Э. Шейн, Г. Хофстеде и др. [37, с.143; 46; 137].

Поскольку корпоративная культура до сих пор активно исследуется и развивается, фиксируется как динамичная и подвижная структура, не существует единственно верной дефиниции для ее определения и понимания. Среди прочих справедливо выделить следующие трактовки этого понятия у В.А. Спивака, Ж. А. Мугаловой, Н. А. Мироновой, О. Л. Задворной и др. [18; 37, с.143; 68, с.566; 71, с.80; 102, с. 27].

Проанализировав различные трактовки и интерпретации в понимании корпоративной культуры, заключим, что корпоративная культура по своей сути является единством внутриорганизационных норм и правил поведения, ценностно-смысловых ориентаций сотрудников организации, а также используемых методов и принципов управления организацией [48]. Построение эффективной корпоративной культуры требует значительных усилий, времени и ресурсов. Корпоративная культура выполняет свои значимые для развития, позиционирования и повышения эффективности деятельности организации определенные функции, которые связаны со стратегическим развитием

организации, позиционированием организации в публичном пространстве, ролью в организационных и связующих процессах в деятельности, а также влиянием и воздействием на персонал организации (рисунок 17).

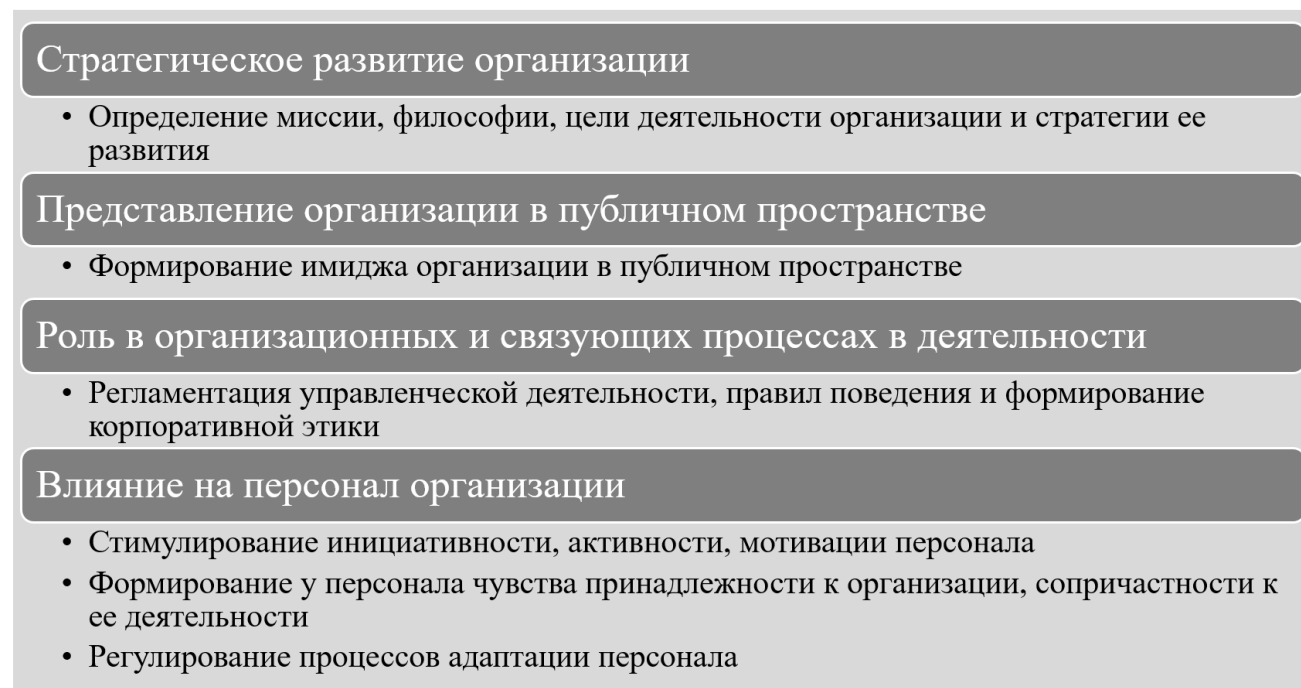


Рисунок 17 – Функциональная роль корпоративной культуры организации
(составлено автором)

Ключевыми элементами корпоративной культуры любой организации являются ее миссия и философия, основные ценности, цели и задачи деятельности, принятые модели взаимодействия и управления, традиции и обычаи, а также слоган и фирменный стиль. Эти элементы корпоративной культуры признаются большинством исследователей как основополагающие.

Э. Шейн классифицировал корпоративную культуру на основе ее заметности для посторонних, выделив три различных уровня: поверхностный, внутренний, и глубинный [117, с. 35-41]. Так, элементы корпоративной культуры, которые можно легко увидеть извне, включают в себя организационные структуры и процедуры, известные как артефакты. Следующий уровень отражает заявленные принципы, охватывает стратегические направления, миссию и философские основы

организации. Глубинный уровень корпоративной культуры скрывает фундаментальные убеждения, которые являются ключевыми для формирования ценностей и поведения внутри организации (рисунок 18).

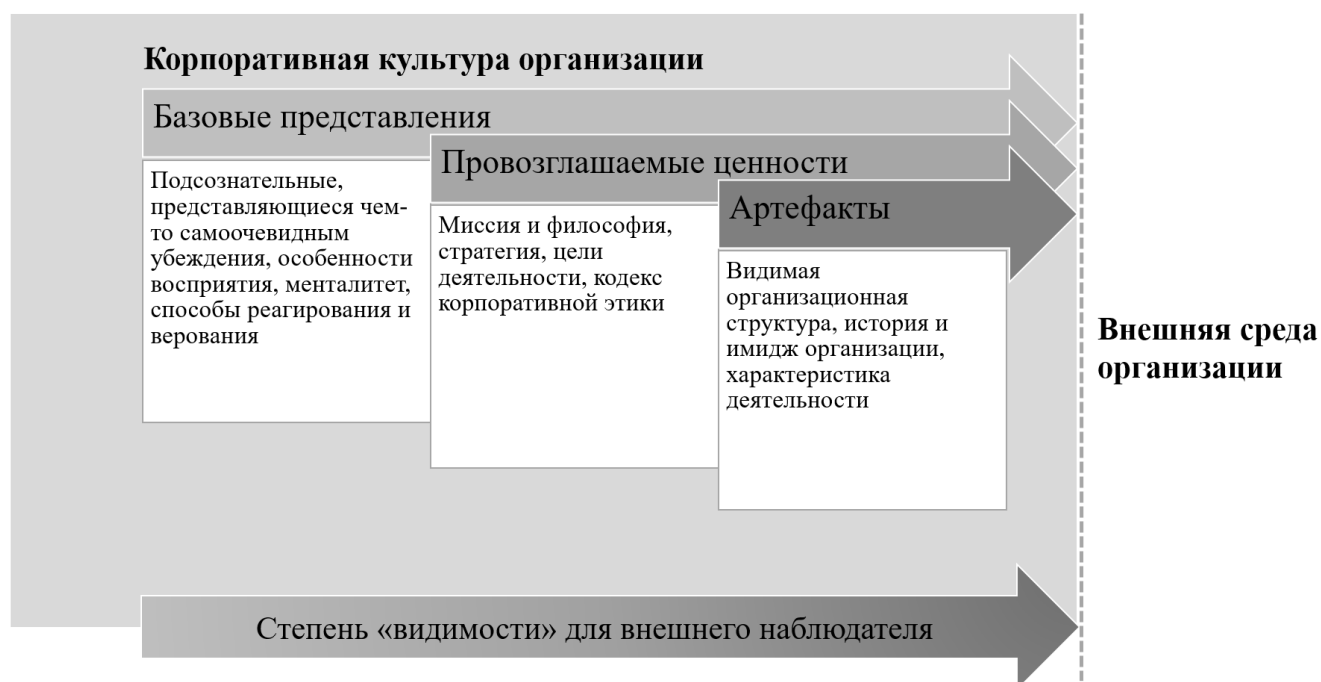


Рисунок 18 – Уровни корпоративной культуры организации.

Источник: составлено автором на основе [117]

Корпоративный этический кодекс, обычно включаемый во внутренний уровень корпоративной культуры, играет ключевую роль в ее формировании и обновлении. С учетом растущего значения корпоративной этики, управленческие структуры все чаще фокусируются на этом документе как на важном инструменте управления организацией.

Формирование корпоративной культуры медицинских учреждений складывается под влиянием привычных им бизнес-процессов, основополагающих принципов, принятых ценностей и особенностей системы взаимоотношений внутри учреждения. Внутренняя идентичность учреждения, основополагающие принципы его членов и их коллективное единство играют более значимую роль в сравнении с техническими и финансовыми аспектами, а также с отношением к

нововведениям. Корпоративная культура постоянно эволюционирует, реагируя на изменения в социально-экономической, культурной, социально-психологической и технологической среде общества.

В современной России, хотя принципы корпоративной культуры еще только начинают проникать в рутину медицинских учреждений, особенно в крупных городах, такие практики становятся все более распространенными, включая государственные структуры, где они органично встраиваются в социально-профессиональные коммуникации.

Сегодня в мегаполисах страны, наряду с учреждениями из различных отраслей, медицинские организации и учреждения все активнее концентрируют усилия на создании и совершенствовании собственной корпоративной культуры. Компоненты, формирующие первые два уровня корпоративной культуры – артефакты и провозглашаемые ценности (рисунок 18) часто бывают заметны и доступны посторонним для организации лицам, даже без непосредственного взаимодействия с работниками самой организации, например, для тех, кто не является ее клиентами или партнерами. Внешние заинтересованные пользователи могут взаимодействовать с артефактами и провозглашаемыми ценностями компании через различные онлайн-платформы, что предполагает ознакомление с официальным Интернет-сайтом медицинской организации или учреждения, его аккаунтами в социальных медиа, а также изучение информации о нем на внешних ресурсах, таких как пресса, сайты-агрегаторы с отзывами потребителей медицинских услуг, платформы для поиска работы и Интернет-сервисы для записи на прием к врачам-специалистам. В эпоху цифровизации, информационная открытость становится нормой для организаций системы здравоохранения, включая государственные учреждения. Благодаря наличию веб-сайтов, Интернет-пользователи могут легко получить сведения о работе этих учреждений, предлагаемых ими услугах и команде врачей-специалистов посредством сети Интернет, а руководство организации получает возможности трансляции своей корпоративной культуры широкой общественности.

Результаты контент-анализа, проведенного автором в ноябре 2023 года, охватывают официальные ресурсы 12 медицинских организаций, среди которых 6 государственных учреждений и 6 частных медицинских центров, представленных в сети Интернет (официальные сайты и страницы в социальных сетях) в Санкт-Петербурге, выявили следующие результаты: в современном мире, где цифровые технологии играют ключевую роль, медицинские организации различных форм собственности активно демонстрируют аспекты своей уникальной корпоративной идентичности в онлайн-пространстве.

Среди элементов корпоративной культуры поверхностного уровня у большинства анализируемых официальных Интернет-ресурсов медицинских организаций и учреждений (N 12) были выявлены такие как «Логотип / эмблема и фирменный стиль» и «История организации» (рисунок 19).



Рисунок 19 – Результаты контент-анализа элементов корпоративной культуры поверхностного уровня: выявленные артефакты и число их упоминаний

Наиболее часто фиксируемыми элементами корпоративной культуры внутреннего уровня (N 12) стали «Правила поведения» и «Миссия и философия компании» (рисунок 20).



Рисунок 20 – Результаты контент-анализа элементов корпоративной культуры внутреннего уровня: выявленные провозглашаемые ценности и число их упоминаний

Исследование показало, что элементы корпоративной культуры, согласно концепции Э. Шейна, имеют различную степень проявления в изученных медицинских организациях. Более того, элементы внутреннего уровня корпоративной культуры были зафиксированы примерно в два раза реже, чем элементы поверхностного уровня.

В дополнение к этому, важность социокультурного фактора не может быть недооценена, особенно когда речь идет о медицинских учреждениях, где существует необходимость соблюдения определенных стандартов деловой и межличностной коммуникации в процессе предоставления медицинских услуг. В этой среде этические стандарты приобретают особую значимость, так как здоровье индивида и благополучие общества в целом являются предметом тонкого и важного взаимодействия, оказывающего влияние на все аспекты жизни человека.

Комплекс этических и моральных стандартов, которые медицинские работники должны соблюдать, фиксируется в этических кодексах и правилах деловой этики. Зафиксированные в этих документах правила не только направляют медицинский персонал к надлежащему выполнению их профессиональных задач, но и способствуют достижению высокого уровня удовлетворенности и комфорта у пациентов, обращающихся за лечением.

Отношения между специалистами сферы здравоохранения и их пациентами в России основываются на древних принципах, изложенных в клятве Гиппократата, а также уточняются современными законодательными актами. Этические стандарты медицинской практики в стране определяются документом, известным как Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, который был утвержден на первом национальном съезде врачей в 2012 году [54]. Ключевые принципы этого Кодекса соответствуют глобальными стандартами медицинской этики, установленным Всемирной ассоциацией медицинских работников, а также учитывают ценности, заложенные в исторически сложившихся отечественных этических кодексах, включая те, что приняты в православной традиции и среди медицинских специалистов, работающих в сети Интернет. Данный документ также опирается на профессиональные этические кодексы, действующие в ряде европейских стран, таких как Франция, Великобритания, Германия и Нидерланды. (рисунок 21). Этот этический документ соотносится с принципами, изложенными в Женевской декларации, подчеркивая важность того, чтобы медицинские специалисты были преданы гуманистическим идеалам врачебной практики.

Данный нормативный документ разделен на четыре ключевых раздела, которые устанавливают правила для врачей в различных ситуациях в зависимости от субъекта взаимодействия.

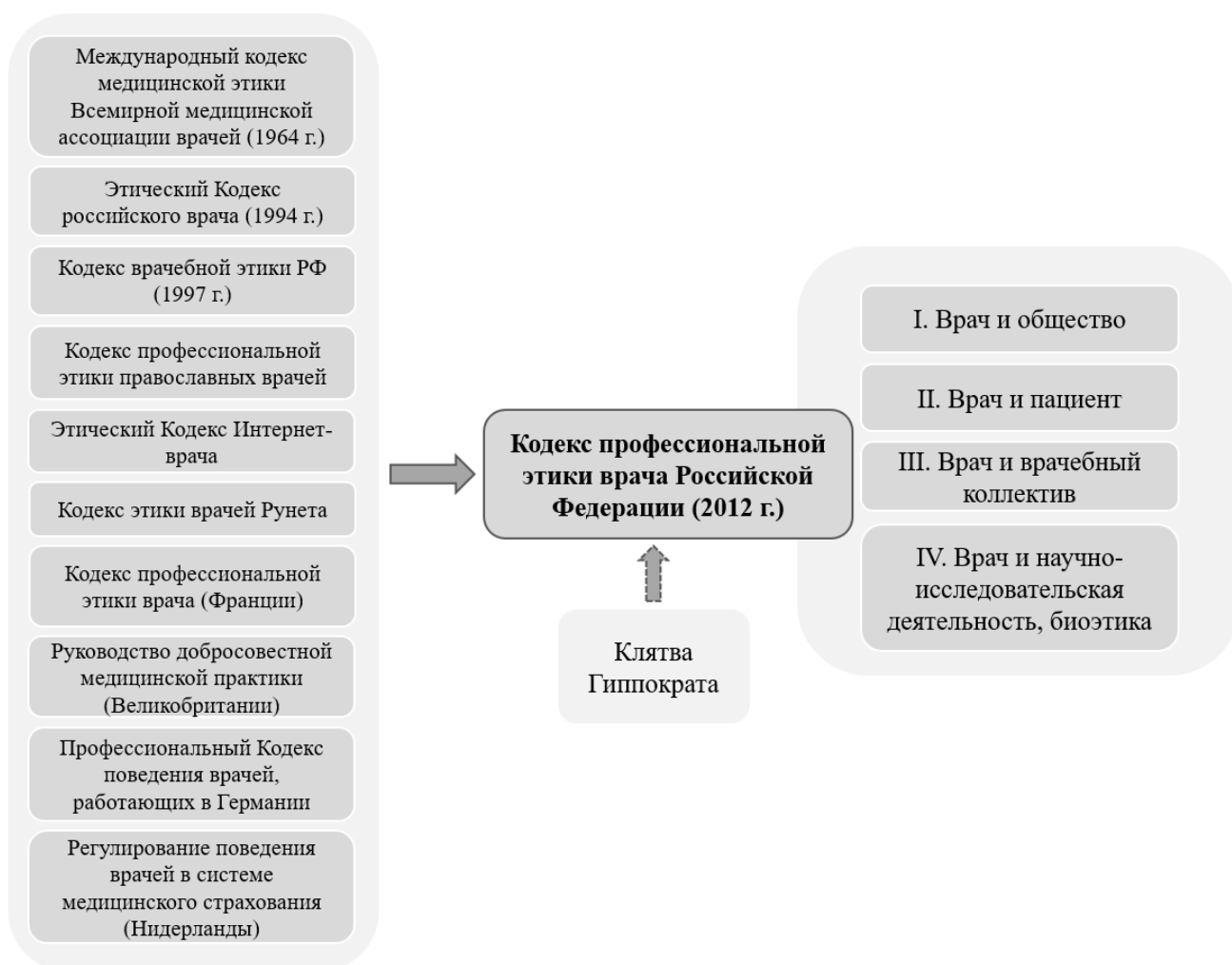


Рисунок 21 – Основания и положения Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации

Коммуникация между врачами-специалистами и пациентами в медицинской сфере становится более сложной из-за того, что она включает в себя предоставление медицинских услуг, а профессиональные обязанности врача расширяются.

Предоставление медицинских услуг гражданам подразумевает многообразие диагностических и лечебных процедур, выполняемых учреждениями

здравоохранения различной специализации и уровня. Это порождает множество форм взаимодействия, которые предполагают наличие у медицинских работников не только профессиональных навыков, но и навыков личного участия, физической выносливости, эмоциональной и психологической устойчивости и способности справляться со стрессом. В условиях, когда медицинские специалисты сталкиваются с орфанными (редкими) патологиями, острыми фазами хронических заболеваний, чрезвычайными ситуациями, эпидемиями, работой в полевой обстановке, а также при проведении реанимационных процедур, от них требуется повышенная степень эмоциональной стойкости, самоконтроля и физической подготовки. Это особенно важно при лечении онкологических больных, поскольку рак является второй по частоте причиной смерти в России, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям [30]. Онкологические пациенты не могут полагаться на самолечение, а их шансы на выздоровление и уменьшение вероятности рецидива болезни напрямую связаны с профессионализмом лечащего врача и эффективностью применяемых методов терапии. В контексте онкологических заболеваний, биоэтические аспекты приобретают особую значимость.

Личные ценности играют важную роль в формировании жизненного пути и профессионального развития как человека, так и общества [103]. В современном медицинском секторе, мотивационная структура работников укрепляется через систему ценностей и убеждений, ценностно-смысловых ориентаций, которые служат основой как для индивидуальных жизненных принципов, так и для осознанного выбора профессионального пути [85, с.148]. В ответ на новые федеральные стандарты образования, высшие учебные заведения России активно разрабатывают образовательные программы, которые включают в себя как фундаментальные профессиональные умения, так и ключевые надпрофессиональные навыки (soft skills). Эти элементы обучения призваны повысить уровень квалификации выпускников, делая их более конкурентоспособными на рынке труда [38, с. 117].

Главные медицинские университеты России, нацеленные на соответствие высоким образовательным стандартам, уделяют особое внимание комплексному развитию своих студентов. Указанное включает не только приобретение специализированных знаний и умений, но и культивирование инновационного мышления, этических принципов, моральных ценностей и культуры профессионального общения, что является ключом к формированию гармоничной личности и успешной карьеры в сфере здравоохранения [77, 78]. Ключевым документом, устанавливающим правила в сфере здравоохранения в России, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подчеркивающий обеспечения качественной медицинской помощи как основную задачу предоставления медицинских услуг [1]. Это доказывает, что важность надпрофессиональных компетенций усиливается в контексте медицинского обслуживания. Повышение уровня надпрофессиональных умений и ключевых компетенций в рамках перехода к образовательной системе, основанной на компетентностной парадигме, тесно связано с формированием личностных взглядов, основополагающих ценностей, социальных установок, нравственности и профессиональной этики, то есть с основными ценностно-смысловыми ориентациями личности.

На протяжении всего пути выбора медицинской карьеры, обучения в университете и дальнейшей профессиональной практики, будущие и действующие специалисты здравоохранения руководствуются личными убеждениями и ценностно-смысловыми ориентирами. Эти внутренние установки формируют их жизненные стремления и оказывают значительное влияние на развитие как профессиональных навыков, так и навыков, выходящих за рамки базовой медицинской подготовки, т.е. надпрофессиональных метакомпетенций.

Определение и классификация надпрофессиональных компетенций и психосоциальных характеристик личности работников в сфере здравоохранения представляют собой важные управленческие задачи. Трансформация и модернизация системы здравоохранения, изменение стандартов качества

медицинского обслуживания, вместе с повышением ожиданий и требований к медицинским услугам со стороны их потребителей, подчеркивает необходимость в новом качественном уровне социально-профессиональных коммуникаций, а значит фокус на мягких, т.е. надпрофессиональных навыках.

Проведенный анализ показал, что «Кодекс профессиональной этики врача РФ» состоит из двух основных категорий смысловых характеристик: одни обусловлены профессиональными умениями, другие – надпрофессиональными навыками (рисунок 22).

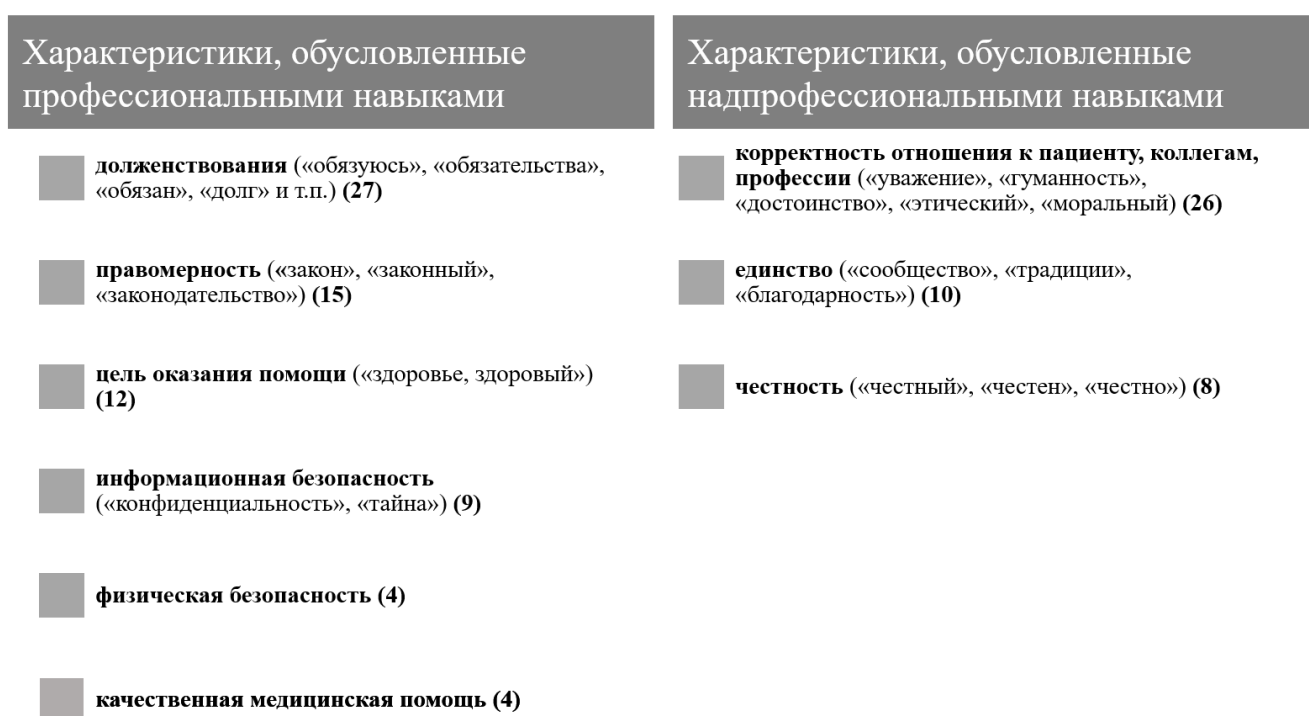


Рисунок 22 – Результаты контент-анализа «Кодекса профессиональной этики врача РФ»: смысловые характеристики и число упоминаний.

Источник: составлено и рассчитано автором на основании [54]

Причем анализ показал, что профессиональные характеристики преобладают и составляют 61,7% в общей структуре выявленных смысловых характеристик, что подтверждает как ключевое влияние квалификационных навыков, знаний и профессионального мастерства, так и весомый вклад надпрофессиональных компетенций в осуществление своей деятельности медицинскими работниками.

Зафиксированные в результате проведенного анализа характеристики, описанные ранее, отражают ряд выявленных ценностно-смысловых ориентаций медицинских работников (рисунок 23).

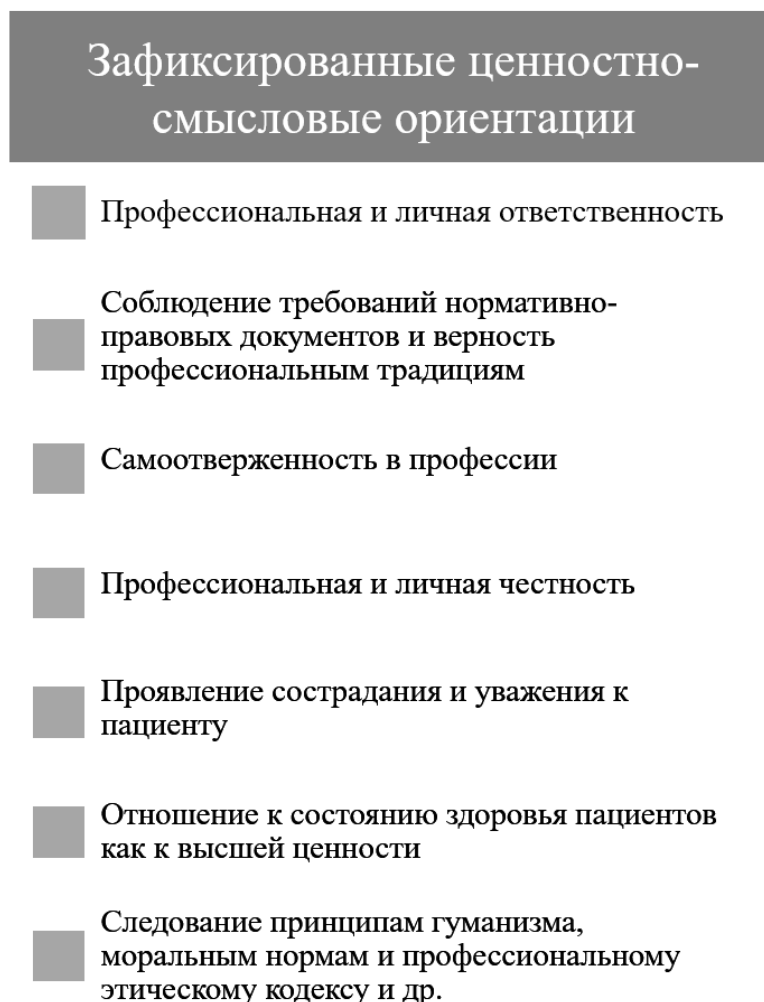


Рисунок 23 – Выявленные ценностно-смысловые ориентации

Т.е. ценностно-смысловые ориентации работников медицинских учреждений находятся во взаимосвязи с совокупностью твердых и мягких навыков (профессиональных и надпрофессиональных), необходимых медицинскому персоналу для осуществления своих должностных обязанностей.

В условиях развивающегося социокультурного контекста важным фактором при работе с социально-профессиональными коммуникациями в деятельности медицинских учреждений со стороны управляющей системы, при воздействии на коммуникации медицинских работников становятся их поколенческие

особенности. Они могут быть учтены во взаимодействии как с реальными, так и с потенциальными медицинскими работниками медицинского учреждения для «создания высококвалифицированного и сплоченного коллектива, объединенного общими ценностями и схожим образом жизни, для решения актуальных задач, которые стоят перед медицинскими организациями в настоящее время». У представителей разных поколений исследователи наблюдают различие в их социальной идентификации. Особенно, в настоящее время, когда «происходит ломка социальных идентификаций огромных масс людей» [121, с. 159].

Кроме возрастающей разницы в жизненных приоритетах, ценностно-смысловых ориентациях, а также в отношении к выбору трудовой деятельности, к профессиональной деятельности как к значимой части жизни человека, между представителями разных поколений, в настоящее время мы можем наблюдать социальную дифференциацию сотрудников в зависимости от уровня их квалификации. Так, например, высококвалифицированные специалисты становятся более устойчивыми к рискам прекаризации, чем специалисты с низким уровнем накопленных знаний, умений и навыков, благодаря своей квалификации обеспечивая более высокие показатели качества трудовой жизни [55].

В то время как специализация и профилизация работы медучреждений продолжает нарастать, внедрение корпоративных стандартов профессиональной этики в реальной медицинской практике остается недостаточным. Это особенно заметно на уровне отдельных организаций, где такие нормативы еще только начинают применяться, как, например, в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и в Восточно-Казахстанском областном многопрофильном Центре онкологии и хирургии [93, 120]. Напротив, в большей части медицинских учреждений стран СНГ таких регулирующих документов нет.

Кроме того, в некоторых организациях контроль за соблюдением этических стандартов осуществляется специализированными подразделениями. Так, например, в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

специализированное подразделение – Локальный Этический Комитет ведет свою работу в этом направлении [64].

Рост числа частных медицинских организаций особо актуализирует рассматриваемую проблематику [10]. Также появления новых медицинских специальностей и профилей, высокая текучесть кадров в медицинской сфере, которая во многом связана с психологическим дискомфортом сотрудников и их недовольством условиями работы, влияют на этический и профессиональный контекст взаимодействия [28, с. 361; 66, с. 1207]. Это указывает на необходимость разнообразия в профессиональной подготовке и навыках врачей-специалистов, которые должны обладать не только профессиональными, но и надпрофессиональными компетенциями для эффективного взаимодействия с пациентами в различных рабочих контекстах.

Изложенные факты подчеркивают важность создания и применения в медицинских учреждениях специализированных этических кодексов, которые будут направлять врачей в их взаимоотношениях с пациентами и их представителями. В период изменений в составе медицинского персонала и структурных изменений в здравоохранении такие кодексы обеспечат установление четких стандартов взаимодействия между врачами и пациентами. Также, такие регламентирующие документы, в свою очередь, будут ускорять адаптацию новых сотрудников к рабочей среде и корпоративной культуре, нормам и процедурам, принятым в новых медицинских коллективах.

Хотя современные медицинские организации и учреждения становятся все более специализированными в зависимости от их профиля, применение кодексов профессиональной этики на уровне отдельных медицинских организаций и учреждений недостаточно распространено.

Результаты проведенного опроса экспертов – руководителей структурных подразделений медицинских организаций и учреждений (N 30, Приложение Г.) подтверждают необходимость внедрения таких регламентирующих документов в медицинской сфере: большинство респондентов (80%) отметили, что в

медицинской организации, где они осуществляют свою профессиональную деятельность, таких документов нет; оставшиеся респонденты (20%) на вопрос о наличии кодекса деловой этики затруднились дать определенный ответ; при этом 87 % опрошенных экспертов полагают, что в организации, где они осуществляют свою профессиональную деятельность, такие регламентирующие документы необходимы.

Выводы

В первом параграфе второй главы «Социокультурный признак развития системы коммуникаций в медицинских учреждениях» теоретически и эмпирически исследуется значимость и влияние корпоративной культуры для современного медицинского учреждения, а также корпоративная культура и профессиональная этика рассматриваются как факторы обновления системы коммуникаций в медицинских учреждениях.

Каждое медицинское учреждение обладает своей неповторимой социально-психологической средой, которая отражает стратегическую миссию и направление развития данного учреждения. Когда корпоративная культура функционирует эффективно, она может существенно улучшить имидж медицинского учреждения среди медицинских специалистов и стимулировать мотивацию работников, оказывая влияние на их поведение в социальном и психологическом контекстах.

Сегодняшняя практика медицинских учреждений, независимо от их статуса и структуры, все больше подчеркивает значимость корпоративной идентичности. Онлайн-присутствие через веб-сайты и социальные сети предоставляет как реальным, так и потенциальным потребителям медицинских услуг возможность ознакомиться с элементами корпоративной культуры медицинских учреждений. По результатам контент-анализа разных уровней корпоративной культуры медицинских организаций и учреждений подтверждается разный уровень «видимости» элементов корпоративной культуры согласно концепции Э. Шейна.

В исследовании излагаются основания и положения Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации, подчеркивается

значимость наличия правил деловой этики для внутриорганизационной культуры медицинского учреждения в современных условиях, представлены результаты экспертного опроса (N 30), подтверждающие необходимость внедрения документов, регламентирующих правила корпоративной или деловой этики в медицинских учреждениях.

Набор этических стандартов и моральных ценностей, которым медицинские работники должны следовать, находит свое отражение в этических кодексах и правилах профессиональной этики. Эти документы, основанные на ключевых принципах медицинской организации, гарантируют, что медицинские специалисты выполняют свои профессиональные задачи должным образом. С другой стороны, такие документы также способствуют созданию благоприятной социальной атмосферы и удовлетворенности среди пациентов и их родственников, которые обращаются за медицинской помощью.

В контексте непрерывных изменений и углубления специализации медицинских учреждений в России, а также с учетом новых тенденций в области управления кадрами, становится очевидной необходимость актуализации и уточнения существующих норм профессиональной этики: необходимо, чтобы установленные этические нормы соответствовали текущим реалиям медицинской практики и уровню развитию социально-экономических общественных отношений.

2.2. Социальный мониторинг специализированных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений

Анализ и оценка специализированных коммуникации в деятельности медицинских учреждений позволит сформировать актуальную стратегию управления коммуникациями в медицинской организации. Комплекс специализированных коммуникаций в медицинских учреждениях включает в себя трехуровневую систему специальных коммуникаций в организациях (описанную в

п. 1.1. настоящей работы), адаптированную под деятельность медицинского учреждения. Т.е. в комплекс специализированных коммуникаций медицинского учреждения будут включены внутренние коммуникации в рамках данного медицинского учреждения, коммуникации консультативного плана с другими медицинскими учреждениями, коммуникации с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг. Такая система социально-профессиональных коммуникаций в деятельности конкретного медицинского учреждения сфокусирована на развитии специальных коммуникаций, в которых ключевые коммуникационные взаимодействия будут представлять коммуникации представителей данного учреждения (прежде всего, медицинских работников) с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

Нами рекомендуется применять инструменты социального мониторинга и социальной диагностики для выявления и оценки проблемных аспектов в работе медицинских учреждений. Это позволит не только оценить эффективность коммуникационных процессов внутри учреждения, но и определить коммуникативные способности сотрудников в контексте улучшения качества предоставления медицинских услуг.

Инструменты социальной диагностики и социального мониторинга могут реализовываться в условиях необходимости описания актуального состояния уровня развития коммуникационной системы в медицинском учреждении, поиска «узких мест» и проблемных вопросов, выявлении возможных «зон роста». Все это происходит с целью внесения корректировок в развитие коммуникационной стратегии учреждения, разработки плана по развитию коммуникационного потенциала сотрудников учреждения, поскольку именно коммуникационный потенциал сотрудников и подразделений медицинского учреждения сегодня – один из ключевых драйверов в развитии общего трудового потенциала сотрудников, общего потенциала организации.

Полученные в исследовании оценки позволяют обозначить формирование особого формата специализированного социально-профессионального взаимодействия в медицинской сфере.

Мониторинг социальных процессов и явлений в условиях текущих перемен представляется одним из способов проведения анализа и оценки непрерывно развивающихся социальных систем. Социальный мониторинг опирается на научные методы для реализации своего функционирования, включая строго организованный процесс сбора и интерпретации данных, анализа и прогнозирования социальных явлений, что позволяет осуществлять качественный и взвешенный контроль за процессом формирования управленческих решений на всех уровнях. Социальный мониторинг позволяет экспертам отслеживать процессы, имеющие социально-экономическое значение и происходящие на различных уровнях общественных отношений [87, с. 77].

Социальный мониторинг включает в себя систематический сбор и анализ данных, что позволяет фиксировать изменения в направленности и тенденциях общественных изменений [115, с. 321]. Этот подход предполагает непрерывное наблюдение за социальными явлениями, чтобы прогнозировать их будущее состояние и развитие, обеспечивая регулярность и последовательность в исследованиях. Чтобы эффективно проводить социальный мониторинг и оценку состояния исследуемых объектов, критически важно создать поддерживающую инфраструктуру, включающую организационные, информационные, методологические и технические ресурсы [5].

Методы мониторинга показывают высокую эффективность в сфере образования, финансовых организациях и многих других отраслях [2, 11]. Также в сфере предоставления медицинских услуг населению такие методы активно внедряются, и ожидается, что их использование будет продолжать увеличиваться [26].

Эпидемия COVID-19 стимулировала разработку и адаптацию инструментов для контроля социального поведения в стране. К примеру, в столице было создано

мобильное приложение с аналогичным названием «Социальный мониторинг», поддерживаемое на iOS и Android, которое способствовало более осознанному соблюдению гражданами условий самоизоляции. Согласно постановлению мэра Москвы № 59-УМ от 21 мая 2020 года, пациенты, инфицированные коронавирусом и получающие лечение на дому, были обязаны использовать это приложение для подтверждения своего статуса самоизоляции [108]. Чтобы минимизировать опасность заражения от лиц, у которых наблюдалось несложное течение вирусной инфекции, была внедрена система автоматизированного надзора за соблюдением режима самоизоляции через данное приложение для смартфонов [101].

В качестве дополнительного инструмента социального мониторинга в сфере оказания медицинских услуг населению был запущен анонимный интернет-опрос: для объективной оценки работы учреждений здравоохранения со стороны пациентов Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало уникальные веб-опросники [73]. Учреждения здравоохранения, вовлеченные в исполнение федеральной программы обеспечения граждан бесплатными медицинскими услугами, теперь могут получать объективную оценку своей деятельности напрямую от пациентов.

Нами обоснован социальный мониторинг использования специализированных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, представляющих собой совокупность специфических этапов и мер, позволяющих сформировать совокупную оценку развития коммуникаций в конкретном медицинском учреждении. Поэтапный процесс такого социального мониторинга состоит из десяти последовательно реализуемых этапов (рисунок 24).

Ключевыми этапами являются определение исходных оснований социального мониторинга; формулирование основных параметров оценки; формирование системы показателей оценки; выработка стандартов, определяющих характеристики и значения исследуемых параметров; определение методов и процесса обработки результатов исследования, форм учета данных; сбор данных, их обработка и анализ; обобщение и представление результатов исследования;

разработка рекомендаций по дальнейшему развитию и предложений по предупреждению реализации негативных прогнозов; подготовка к повторному мониторингу.

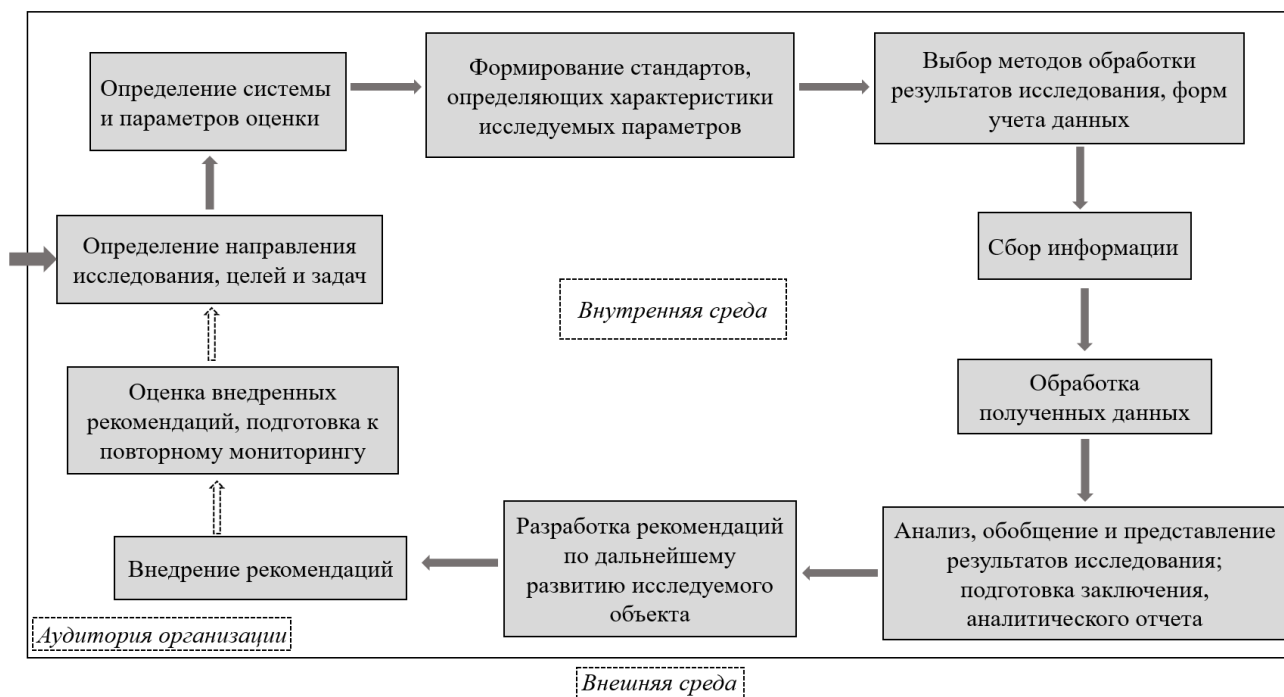


Рисунок 24 – Поэтапный процесс формирования и реализации социального мониторинга коммуникаций в медицинском учреждении

В рамках социального мониторинга коммуникационной системы медицинского учреждения важна оценка изменения всех групп показателей, оказывающих или потенциально оказывающих прямое либо опосредованное воздействие на эту систему. К данным группам характеристик отнесем те, которые являются внешними для организации; показатели, находящиеся в поле деятельности организации; а также характеристики изменения аудитории медицинской организации. Т.е., социальный мониторинг коммуникационной системы медицинской организации способен быть эффективным, когда учитываются все возможные *характеристики внешней и внутренней по отношению к организации среды*, а также *динамические характеристики аудитории* рассматриваемой организации (рисунок 24).

Для качественного управления социальным мониторингом коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, первоначально необходимо проведение регулярной социальной диагностики коммуникационного потенциала медицинского учреждения. Сводный коммуникационный потенциал медицинского учреждения зависит от коммуникационного потенциала его различных структурных подразделений, уровня развития информационно-коммуникационных систем, функционирующих в учреждении, а также от способности сотрудников учреждения (медицинских и немедицинских работников) взаимодействовать с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг. Разработанная методика социальной диагностики коммуникационного потенциала медицинского учреждения включает в себя 5 последовательных этапов оценки коммуникационного потенциала (рисунок 25).

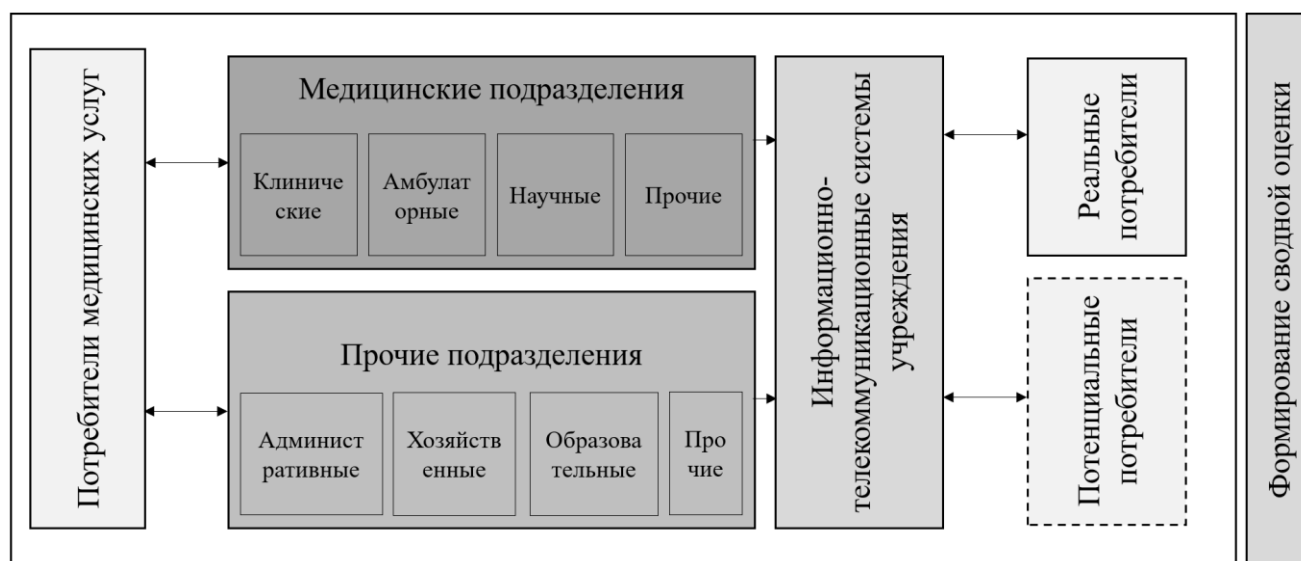


Рисунок 25 – Методика диагностики социально-профессионального коммуникационного потенциала медицинского учреждения

В рамках разработанной методики осуществляется оценка в соответствии со следующей последовательностью. На первом этапе для выявления причин возможных коммуникационных проблем проводится точечная оценка коммуникационного потенциала персонала конкретных подразделений

медицинского учреждения. На втором и третьем этапах методики производится оценка коммуникационных потенциалов группы всего медицинского персонала учреждения и группы всего немедицинского персонала учреждения соответственно. Четвертый этап, являющийся особенно значимым в условиях развития цифровизации и внедрении технологий искусственного интеллекта, представлен оценкой коммуникационного потенциала информационно-телекоммуникационных систем учреждения. На заключительном этапе методики осуществляется итоговая сводная оценка социально-профессионального коммуникационного потенциала учреждения на основе результатов оценки предыдущих этапов реализации методики.

Так, на основе и в соответствии с полученными предварительными социальными оценками для развития системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях проводится социальный мониторинг данных коммуникаций в определенных медицинских учреждениях соответствующего административно-территориального субъекта.

Процесс социального мониторинга формируется в соответствии с рядом принципов, необходимых для грамотно построения системы социального мониторинга. Рассматривая предметно-деятельностную компоненту социального мониторинга, в условиях наличия специфического объекта и предмета, могут быть сформулированы принципы организации социального мониторинга в деятельности медицинских учреждений.

Формирование, построение социального мониторинга коммуникаций в медицинской сфере с точки зрения субъектно-объектных отношений может быть представлено следующим образом. Субъектом социального мониторинга является само медицинское учреждение, соответствующий государственный орган либо независимый квалифицированный специалист, не являющийся сотрудником организации. Объектом выступает коммуникационная система рассматриваемого медицинского учреждения или ее отдельного подразделения. Цель и задачи любого мониторинга коммуникаций в медицинском учреждении будут связаны со

следующими аспектами: анализ текущего состояния коммуникационной системы, выявление коммуникационных проблем, поиск способов их устранения и разработка методики устранения. Субъект мониторинга проводит его в соответствии с определенной заранее выстроенной программой согласно цели и задачам проводимых мероприятий, с учетом конъюнктуры рынка медицинских услуг, специализации и специфики деятельности медицинского учреждения.

Для построения социального мониторинга необходимо наличие непосредственных потребителей медицинских услуг (пациентов, их родственников и других официальных представителей), т.е. населения различных возрастных и социально-профессиональных, социо-демографических групп в соответствии с целями проводимого социального мониторинга. Социально-профессиональные коммуникации представителей медицинских учреждений – медицинских работников – с населением различного возраста, например, пожилыми гражданами, подростками, молодыми родителями с детьми в возрасте до одного года будут отличаться по каналам и инструментам коммуникации, форматам и специфике коммуникации (таблица 2).

Таблица 2 – Особенности коммуникаций медицинских работников с различными группами населения

Критерии групп населения	Аспекты специфики взаимодействия
Половозрастные критерии	Каналы и инструменты коммуникации, форматы и специфика коммуникации
Социально-профессиональные критерии	Каналы коммуникации, форма подачи информации, ее объем и уровень детализации
Особенности медицинских состояний, симптомов и течения заболеваний	Выбор модели коммуникации, каналов коммуникации, особенностей доносимой информации

Аналогично коммуникация будет отлична для представителей разных социально-профессиональных слоев населения: необходима адаптация под

аудиторию коммуникации формы подачи информации, ее объема, уровня детализации и т.п.

Специфика проблем со здоровьем, в особенности определенных заболеваний, симптомов и состояний при конкретных нозологиях будут накладывать отпечаток на выбор модели коммуникации врача и пациента, каналов коммуникации, особенностей доносимой до пациентов и их близких информации о заболевании, способах и методах лечения, рекомендациях, назначениях лекарственных препаратов и медицинских процедур. Вот почему при социальном мониторинге в данном контексте необходимо фиксировать особенности различных групп населения.

В соответствии со спецификой поселенческой общности, социо-демографическими характеристиками населения определенного региона, будут выбраны специализации и профиль медицинских учреждений для проводимого анализа.

Социально-профессиональные коммуникации в медицинских учреждениях, сам процесс социального мониторинга подразумевает наличие определенных медицинских учреждений в исследуемом регионе или населенном пункте. Уровень в системе здравоохранения, а также профиль и специализация должны соответствовать целям, задачам и направленности планируемого социального мониторинга. Кроме того, необходимо соблюдение соответствия наличия услуг, оказываемых рассматриваемыми медицинскими учреждениями, поселенческой общности на территории заданного населенного пункта или региона.

В системе здравоохранения России функционирует трехуровневая система оказания медицинской помощи [86]. Исходя из необходимости соблюдения этапов оказания медицинских услуг населению, грамотного распределения медицинских учреждений в соответствии с территориально-административным распределением, соответствия вида оказываемой помощи, соблюдения программ государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи гражданам в аспекте нормативных объемов оказываемой помощи в стране функционируют

медицинские учреждения первого, второго и третьего уровней [92]. Такие учреждения разного уровня предоставляют населению муниципального образования, в котором территориально расположены и функционируют, определенные виды медицинских услуг. В соответствии с этим, сравнительная характеристика медицинских учреждений разного уровня представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Характеристики медицинских учреждений первого, второго и третьего уровней

Медицинские учреждения	Вид оказываемой помощи	Объект оказания помощи	Примеры
Медицинские учреждения первого уровня	- Первичная медико-санитарная помощь - Паллиативная медицинская помощь - Скорая медицинская помощь (в том числе специализированная) - Специализированная (кроме высокотехнологичной) медицинская помощь терапевтического, хирургического и педиатрического профиля	Жители определенного муниципального района	- Районная поликлиника - Городская больница - Кабинет врача общей практики
Медицинские учреждения второго уровня	- Преимущественно специализированная (кроме высокотехнологичной) медицинская помощь, оказываемая конкретными отделениями и (или) центрами в структуре медицинского учреждения, преимущественно по расширенному перечню профилей медицинской помощи	Жители нескольких определенных муниципальных районов	- Диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический, наркологический)
Медицинские учреждения третьего уровня	- Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая специализированными подразделениями учреждения	Население региона, страны	- Клиники медицинских НИИ - Федеральные специализированные медицинские центры, НМИЦ

Каждое медицинское учреждение может относиться только к одному из указанных уровней.

Помимо уровня оказания медицинской помощи в целях проведения социального мониторинга важно учитывать профиль и специализацию учреждения. В соответствии с номенклатурой медицинских организаций в России выделяется целый ряд различных медицинских учреждений [76].

Медицинские учреждения могут быть общего профиля, специализированные по возрасту (детские больницы, гериатрические учреждения и т.п.), по типу заболеваний и состояний (родильный дом, госпиталь, хоспис и т.д.), виду или группе нозологий (онкологические, эндокринологические учреждения и т.п.) и др. В зависимости от специфики рассматриваемых организаций, а также в аспекте соответствии их специфике населению, сложившейся поселенческой общности, рассматриваемой территории проводятся процедуры социального мониторинга. Так, например, при социальном мониторинге коммуникаций в медицинской сфере в районах, населенных пунктах, регионах с преимущественно пожилым населением и с населением, где преобладают молодые семьи с детьми, выбор медицинских учреждений в качестве объектов социального мониторинга будет различен.

Также один из ключевых принципов проводимого социального мониторинга – фиксирование социально-профессиональных коммуникаций, сформированных в медицинских учреждениях. Для фиксирования таких коммуникаций предлагается использовать следующие направления оценок: по субъектам коммуникаций, моделям коммуникаций, плотности коммуникаций и специфике коммуникаций (рисунок 26).

По субъектам социально-профессиональные коммуникации могут быть рассмотрены в контексте коммуникаций внутри медицинского учреждения между ее различными сотрудниками, так и между медицинским учреждением (в том числе его сотрудниками) и населением, т.е. потребителями медицинских услуг.



Рисунок 26 – Направления оценок для фиксирования социально-профессиональных коммуникаций, сформированных в медицинских учреждениях

Население и медицинские учреждения, их сотрудники взаимодействуют различным образом в соответствии с какой-либо заданной коммуникационным полем моделью коммуникации, в процессе реализации которой наблюдается большое число отличающихся по характеру и направленности коммуникаций, различных коммуникационных актов.

На результаты лечения потребителей медицинских услуг с различными заболеваниями оказывает влияние в том числе и уровень приверженности назначенным лечению и рекомендациям, который в последние десятилетия остается невысоким, что критически сказывается на здоровье самих пациентов [52, с. 115; 65]. В условиях низкого уровня приверженности пациентов лечению фокус специализированных коммуникаций в медицинских учреждениях на повышение этого уровня приверженности способен помочь в решении данной проблемы. В целях искоренения данной проблемы специалистами был разработан «Первый

Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению». Основное назначение указанного консенсуса – подбор «наиболее эффективных лечебных стратегий в отношении больных, требующих длительного или постоянного лечения» [32]. Потребители медицинских услуг гораздо реже, чем того ожидают медицинские работники и система здравоохранения в целом, поддерживают необходимые соблюдения рекомендаций и воздействия на общие факторы модификации образа жизни.

В рамках исследования, было проведено включенное наблюдение в специализированном федеральном медицинском центре Санкт-Петербурга в 2022-2023 году. Наблюдение показало определенную тенденцию среди пациентов с хроническими заболеваниями, которые не проявляют симптомов и не влияют на рутинную повседневную жизнь. Эти люди менее склонны придерживаться режима лечения, часто обращаясь за медицинской помощью только при значительном ухудшении состояния здоровья или во время острых эпизодов заболевания. Более того, часто они могут посещать разные медицинские учреждения для каждого своего визита. Однако, именно эти пациенты нуждаются в продолжительном лечении и строгом соблюдении указаний медицинских работников. С другой стороны, пациенты с серьезными или орфанными (редкими) заболеваниями, включая онкологические, обычно более тщательно следуют предписанным режимам лечения и рекомендациям. Так, в целях социального мониторинга в области оказания и получения медицинских услуг, крайне важно принимать во внимание специфическое поведения пациентов различных групп, так как эти факторы существенно влияют на выбор подходов к лечению и коммуникации и, в дальнейшем, на эффективность проводимого терапевтического, хирургического или другого лечения. Т.е. модели коммуникаций с различными категориями потребителей медицинских услуг станут значимыми в мониторинге социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях.

По плотности или концентрации коммуникации справедливо подразделять по простому числу контактов, числу уровней коммуникаций или иерархии

коммуникаций (например, в случаях лечения острой респираторной инфекции у врача-терапевта и при лечении онкологического заболевания, когда маршрутизация пациента учитывает посещение врача-терапевта, посещение онкологического кабинета в поликлинике, и, затем направление в районный онкологический диспансер, количество уровней взаимодействия будет кардинально различаться) и регулярности контактов (иллюстративно различия наблюдаются в случаях обращения при острых инфекциях, состояниях и в ситуации лечения рецидивирующих хронических заболеваний или во время ведения беременности у женщин).

По специфике коммуникаций зафиксированные коммуникации будут отличаться в соответствии с половозрастной структурой населения, его социально-профессиональным статусом, а также в зависимости от специфики самого заболевания или состояния потребителей медицинских услуг.

Следующим принципом социального мониторинга, важным резюмирующим аспектом представляется рассмотрение условий и характеристик восприятия различными группами населения медицинских услуг, предоставляемых в медицинских учреждениях (рисунок 27).



Рисунок 27 – Основные характеристики восприятия медицинских услуг их потребителями

По характеру субъективной оценки потребителями медицинских услуг их восприятие может иметь негативный, позитивный или нейтральный контекст.

В зависимости от того, какие характеристики стали ключевыми при формировании восприятия, оно может быть легко вариативным (переменчивым) или близким к константе (постоянным).

По уровню самостоятельности проводимой оценки восприятия оно может быть независимым (самостоятельным) или навязанным (т.е. перенятым, скопированным).

То, как индивиды воспринимают медицинские услуги, которые они получают, включая их качество и уровень оказанной медицинской помощи, имеет глубокое влияние на их дальнейшее взаимодействие с учреждениями в системе здравоохранения и сотрудниками медицинского учреждения – медицинскими и немедицинскими работниками. Более того, это восприятие воздействует на всю коммуникационную систему в целом, поскольку каждый коммуникативный акт влияет на включенных в него субъектов и их дальнейшие социально-профессиональные коммуникации.

Результаты проведенного анкетирования (N 460, Приложение В) показали, что в процессе выбора врача-специалиста и медицинской организации потенциальные потребители медицинских услуг ориентируются на определенные аспекты, характеризующие восприятие ими медицинского персонала и медицинских организаций (рисунок 28).

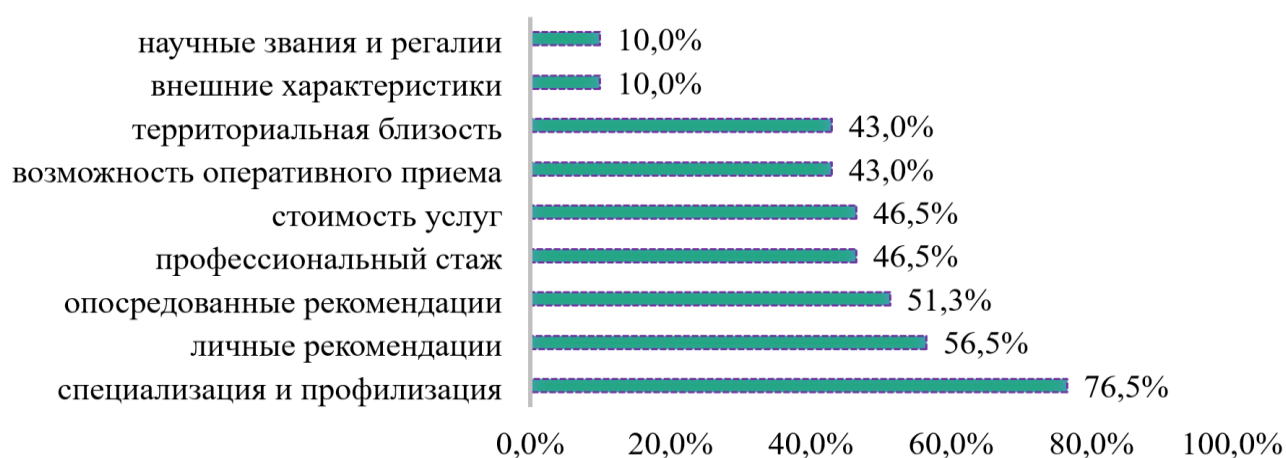


Рисунок 28 – Ключевые факторы восприятия медицинского персонала и медицинских организаций потенциальными потребителями медицинских услуг, %

Опрос показал, что для пациентов при выборе врача-специалиста основными факторами способны стать специализация медицинского работника, отзывы и рекомендации (личные и в сети Интернет), стаж работы, стоимость приема, возможность записаться на ближайший день и территориальная близость.

Таким образом, на основании полученных социальных оценок сформулированы следующие принципы, в соответствии с которыми необходимо производить социальный мониторинг коммуникаций в медицинских учреждениях (рисунок 29).



Рисунок 29 – Принципиальные аспекты реализации социального мониторинга коммуникаций в медицинских учреждениях

Принципы состоят в следующем:

- наличие медицинских учреждений определенной направленности (профиля) и определенного уровня системы здравоохранения (учреждения первого, второго или третьего уровней);

- наличие представителей непосредственных потребителей медицинских услуг определенных групп в соответствии с социально-демографическими, социально-профессиональными, социально-территориальными признаками;
- наличие возможной к фиксации системы социально-профессиональных коммуникаций, сформированной в медицинских учреждениях;
- наличие условий восприятия медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, со стороны соответствующих групп населения.

Указанные принципы отражают сущность, характеристики, обусловленность, условия реализации и ожидаемые результаты процесса социального мониторинга.

Наличие указанных условий обеспечивает базовую возможность реализации и функционирования коммуникационной системы социально-профессиональных коммуникаций в области оказания медицинских услуг, проведения адекватного текущим условиям социального мониторинга социально-профессиональных коммуникаций. Развитие коммуникаций в рамках такой системы первоочередно основывается на определении и фиксации указанных условий и, в дальнейшем, их оценке, коррекции и развитии.

Социальный контекст играет ключевую роль в формировании профессиональных и межпрофессиональных коммуникаций. Чтобы получить наиболее точные социальные оценки процессов взаимодействия в медицинской сфере, необходимо постоянно обновлять информацию, проводить регулярный контент-анализ, а также вести включенное наблюдение за деятельностью медицинского учреждения и строить соответствующие модели, преобразовывая и адаптируя их. Все это возможно к реализации в рамках проводимого социального мониторинга коммуникационной деятельности медицинского учреждения – коммуникаций медицинских работников между собой, а также медицинских работников с потребителями медицинских услуг.

Выводы

Во втором параграфе второй главы «Социальный мониторинг специализированных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений» представлена интерпретация принципов формирования социального мониторинга коммуникаций в медицинских учреждениях в соответствии с конкретизацией субъектов коммуникаций в современных российских условиях, понимание особенностей процесса социального мониторинга в медицинской сфере, а также представлен поэтапный процесс социального мониторинга таких коммуникаций.

Процесс социального мониторинга коммуникаций в медицинской сфере рекомендуется выстраивать в соответствии с рядом определенно заданных принципов, а именно: наличие медицинских учреждений определенной направленности (профиля) и определенного уровня системы здравоохранения (организации первого, второго или третьего уровней, соответственно); наличие представителей непосредственных потребителей медицинских услуг определенных групп в соответствии с социально-демографическими, социально-профессиональными, социально-территориальными признаками; наличие возможной к фиксации системы социально-профессиональных коммуникаций, сформированной в медицинских организациях; наличие условий восприятия медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, соответствующими группами населения.

Социальный мониторинг коммуникационной системы медицинского учреждения способен быть эффективным, когда учитываются все возможные характеристики внешней и внутренней по отношению к учреждению среды, а также характеристики изменения аудитории рассматриваемого учреждения.

Описанный процесс социального мониторинга в соответствии с предложенными принципами, касающимися специфики медицинского учреждения, характеристик населения, получающего медицинские услуги в данном учреждении, особенностей сложившихся социально-профессиональных коммуникаций, условий восприятия медицинского учреждения и оказываемой

помощи населением, поможет выявить проблемы и сложности коммуникационного взаимодействия, а также задать направление для улучшения и развития коммуникационной системы конкретного медицинского учреждения при условии применения определенных современных коммуникационных каналов и технологий.

Разработанная методика диагностики социально-профессионального коммуникационного потенциала медицинского учреждения включает в себя несколько последовательных этапов оценки коммуникационного потенциала: персонала конкретного подразделения медицинского учреждения; медицинского персонала учреждения; немедицинского персонала учреждения; коммуникационного потенциала информационно-телекоммуникационных систем учреждения во взаимодействии с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг; сводная оценка социально-профессионального коммуникационного потенциала медицинского учреждения.

Исследование, проведенное с помощью анкетирования, выявило, что при выборе врача-специалиста и медицинской организации или учреждения потенциальные потребители медицинских услуг руководствуются определенными ключевыми категориями, которые влияют на их восприятие медицинского персонала и медицинских организаций и учреждений.

Эмпирические оценки дают основания для формирования системной оценки для различных групп населения. Социальный мониторинг обращает внимание на проблемы, существующие в сфере взаимодействия медицинских учреждений и населения, актуализирует необходимость грамотного построения коммуникационных систем в данной сфере, т.е. проблему социального моделирования.

Социальный мониторинг коммуникационной деятельности медицинских учреждений способен позволить своевременно учитывать необходимые преобразования, в сжатые сроки корректировать реализуемые процессы и применяемые технологии, и, следовательно, успешно трансформировать

коммуникационную систему в соответствии с внешними и внутренними изменениями, происходящими в поле деятельности медицинского учреждения.

2.3. Алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях

Изучение механизмов социального управления становится важной темой социологических исследований в условиях стремительных изменений общественной жизни, вызванных цифровизацией и повсеместным внедрением информационных технологий во все сферы жизнедеятельности человека. В соответствии с чем, трансформируются и система коммуникаций медицинских учреждений.

Еще К. Шваб писал, что четвертая промышленная революция по своим масштабам, объему и сложности превосходит все, с чем сталкивалось человечество ранее. В настоящее время человечество стоит на пороге поразительных технологических достижений в самых разнообразных сферах, таких как искусственный интеллект (ИИ), робототехника, автономные транспортные средства, 3D-печать, нанотехнологии, биотехнологии и множество других областей [116]. Кроме того, за последние три десятилетия инновационная деятельность различных профессиональных и статусных групп работников стала ключевым драйвером развития общественных отношений, повышения эффективности производственных процессов и улучшения благосостояния сотрудников предприятий [88].

В цифровую эпоху и в условиях применения клиентоориентированного подхода со стороны потребителей услуг, в том числе медицинских, существует социальный запрос на необходимость повышения качества оказания медицинских услуг населению, повышение лояльности потребителей, рост уровня их удовлетворенности. Для этого могут быть использованы технологии ИИ, нацеленные на создание персонализированных предложений и кастомизацию

оказываемых услуг. На использование ИИ в деятельности медицинских учреждений влияет корпоративная культура, устоявшиеся ценности, ценностно-смысловые ориентации и профессиональные приоритеты сотрудников, наличие или отсутствие инновационного мышления у медицинских работников.

Благодаря инновационным технологиям, цифровизации, автоматизации и искусственному интеллекту повышается прозрачность бизнес-процессов и социально-профессиональных коммуникаций, происходит развитие современных цифровых социально-профессиональных навыков у сотрудников. При разработке общей стратегии развития для конкретного медицинского учреждения и формирования его плана действий, повышения результативности и эффективности деятельности, движение к поставленным целям не представляется возможным без построения «прозрачной и надежной системы коммуникации» [112, с.22]. Т.е. для современного медицинского учреждения необходима разработка стратегии формирования социально-профессиональных коммуникаций.

Для разработки социального механизма управления социально-профессиональными коммуникациями, руководству организации важно учитывать факторы внешней и внутренней среды – специфику его сферы применения, а также особенности взаимодействия с внешней средой. Социальные, экономические, политические и культурные факторы будут воздействовать на процессы внедрения и использования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

Формирование эффективно функционирующего социального механизма требует учесть особенности контуров его формирования, в условиях которых осуществляется управленческое воздействие на управляемую систему в деятельности медицинских учреждений, т.е. аспекты внешней среды учреждения. Контур формирования такого социального механизма в управлении социально-профессиональной коммуникацией включает институционально-средовые, экономические, технико-технологические, социотехнические, экологические и ресурсосберегающие параметры (рисунок 30).

Институционально-средовой контур объективизирует влияние окружающей внешней среды и институциональных особенностей управления социально-профессиональной коммуникацией в рамках основной деятельности медицинских учреждений, оказывает воздействие на моделирование социально-профессиональных отношений в управленческих процессах. Он определяет создаваемые нормативные и правовые основы реализации таких коммуникаций, подразумевает разработку регулирующих оснований, формирование социокультурных норм, обеспечивающих этически корректную трансформацию системы коммуникаций.

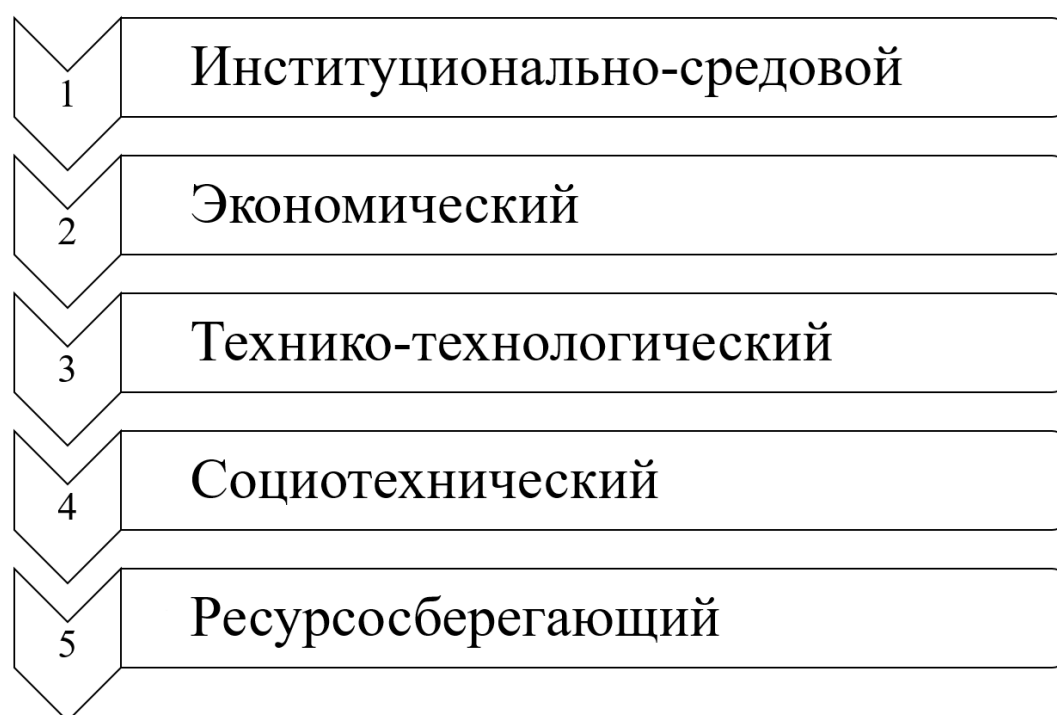


Рисунок 30 – Контурь формирования социального механизма управления социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений

Экономический контур охватывает интеграционные процессы в целях повышения производительности труда и эффективности деятельности. Оценка экономической целесообразности модернизации системы коммуникаций,

оптимизация необходимых затрат посредством автоматизации части взаимодействий становятся важными аспектами в рамках экономического контура.

Технико-технологический контур объединяет процессы разработки, внедрения и использования в рутинной практике технических средств и технической инфраструктуры, которые обеспечивают эффективное функционирование системы коммуникаций. Он акцентирует усилия на выборе, обновлении, адаптации под специфику деятельности и соответствующих задачам организации технологий, а также на обучении технико-технологической грамотности специалистов, осуществляющих коммуникационное взаимодействие.

Социотехнический контур сущностно описывает взаимодействие человеческих ресурсов с технологическими решениями внутри медицинского учреждения. Социотехнический контур имеет направленность на создание условий, позволяющих социально-профессиональным коммуникациям органично становиться частью взаимодействия, повышать эффективность труда работников, корректно учитывая вопросы социальной ответственности, необходимого обучения сотрудников медицинского учреждения, обеспечения их рациональной занятости в условиях цифровой эпохи.

Ресурсосберегающий контур транслирует возможности повышения эффективности использования различных типов коммуникационных ресурсов. Разработанные в рамках этого контура решения призваны быть нацеленными на снижение или минимизацию коммуникационных потерь, организационные и технические улучшения взаимодействия.

Представленные институционально-средовой, экономический, технико-технологический, социотехнический и ресурсосберегающий контуры будут оказывать непосредственное воздействие на управление социально-профессиональными коммуникациями в деятельности медицинских учреждений, в связи с чем руководство учреждения будет выбирать и формировать различные специфические стратегии и уникальный алгоритм управления деятельностью.

Для разработки стратегии формирования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях необходимо учесть описанные выше контуры формирования, а также провести факторный анализ коммуникаций – определить факторы формирования, социальные ограничения и возможные факторы роста качества коммуникации.

Процесс концептуального развития применения социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, фокус на уточнении социальных ожиданий получателей медицинских услуг предполагает осуществление регулярного мониторинга социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

Факторы формирования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, обусловленные влиянием на социальный механизм взаимодействия институционально-средового, экономического, технико-технологического, социотехнического и ресурсосберегающего контуров, состоят в следующем:

- нормативно-правовые основы и регламентирующие основания в деятельности медицинских учреждений;
- экономическая целесообразность модернизации системы коммуникаций, автоматизации части коммуникационных процессов;
- уровень текущих технических средств и технической инфраструктуры;
- возможности социально-технической адаптации человеческих ресурсов к новым технологическим решениям внутри медицинского учреждения;
- применение различных типов коммуникационных ресурсов, направленных на снижение или минимизацию коммуникационных потерь.

Состояние современного социально-экономического контекста, в том числе в сфере деятельности медицинских учреждений, свидетельствует о высокой степени влияния на социально-профессиональные коммуникации всех указанных факторов формирования.

В развитых экономических условиях теория заинтересованных сторон или «стейкхолдерская концепция» наряду с неоклассической и акционерной (агентской) стратегиями рассматривается как основная. Согласно данной теории, стратегическая направленность действий организации или предприятия во многом определяется особенностями заинтересованных сторон – стейкхолдеров. Среди них могут быть потребители товаров и услуг, поставщики и партнеры, сами работники организации, управляющие и т.д. Так, в условиях, когда каждая социальная группа, относящаяся к категории стейкхолдеров, имеет свои цели, потребности и интересы, в рамках данной концепции необходимо принятие решений с учетом всех лиц, относящихся к заинтересованным сторонам [98, с. 223]. Т.е. организации или предприятию, в частности, медицинскому учреждению, необходимо формировать свою стратегию на основе поиска социально-экономического баланса интересов различных социальных групп.

Анализ факторов, влияющих на коммуникацию между медицинскими учреждениями и реальными или потенциальными потребителями медицинских услуг, позволил нам выявить типологию социальных противоречий. В результате были определены две группы проблемных ситуаций (или социальных ограничений) в моделировании социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений. Предпосылки данных ограничений коренятся в социально-профессиональном взаимодействии как со стороны самой сферы деятельности медицинских учреждений, так и со стороны общества.

Зафиксированные в исследовании группы социальных ограничений:

- (I) *динамические изменения в сфере деятельности медицинских учреждений* – институциональные и структурные преобразования медицинской сферы, вопросы кадрового обеспечения и собственно ресурсные проблемы, связанные с нехваткой современного медицинского оборудования, внедряемых методов диагностики и лечения;

- (II) *деформации социальных ожиданий и характеристик потребителей медицинских услуг* (проблемные ситуации, спровоцированные актуальными

изменениями общественной жизни) – социетальные изменения общества, рост значения социальности и коммуникации в общественных процессах, низкий уровень медицинской осведомленности населения, склонность к фатализму или игнорированию проблем со здоровьем, низкий уровень приверженности лечению со стороны потребителей медицинских услуг (рисунок 31).

Указанные группы выявленных социальных ограничений отражают особенности развития коммуникаций в медицинской сфере. Учет и адаптация коммуникационной системы в соответствии с особенностями этих ограничений способны оказать ключевое воздействие на качество взаимодействия сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг.

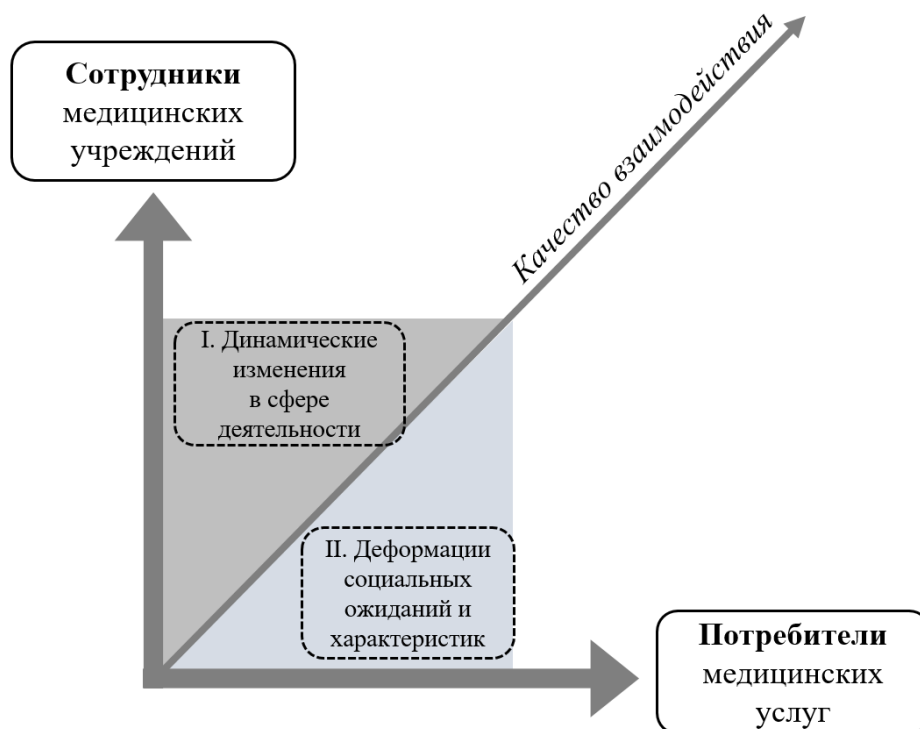


Рисунок 31 – Социальные ограничения коммуникации сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг

Результаты проведенного анкетирования (N 460, Приложение В), эмпирически подтвердившего наличие указанных ограничений, показали, что для обеспечения повышения качества социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными

потребителями медицинских услуг необходимо воздействие на проблемные зоны в процессе коммуникаций, а именно: повышение уровня осведомленности о факторах риска заболеваний среди потенциальных пациентов медицинских учреждений (21,3%); повышение уровня приверженности лечению реальных пациентов медицинских учреждений (26,5%); повышение уровня надпрофессиональных навыков (soft skills) врачей-специалистов, в частности, коммуникативных (31,7%); регулярное повышение профессиональной квалификации медицинских работников (20,4%).

Базируясь на теоретических и эмпирических данных, была разработана модель факторов, влияющих на улучшение качества социально-профессиональных коммуникаций между медицинским персоналом и реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг (рисунок 32).

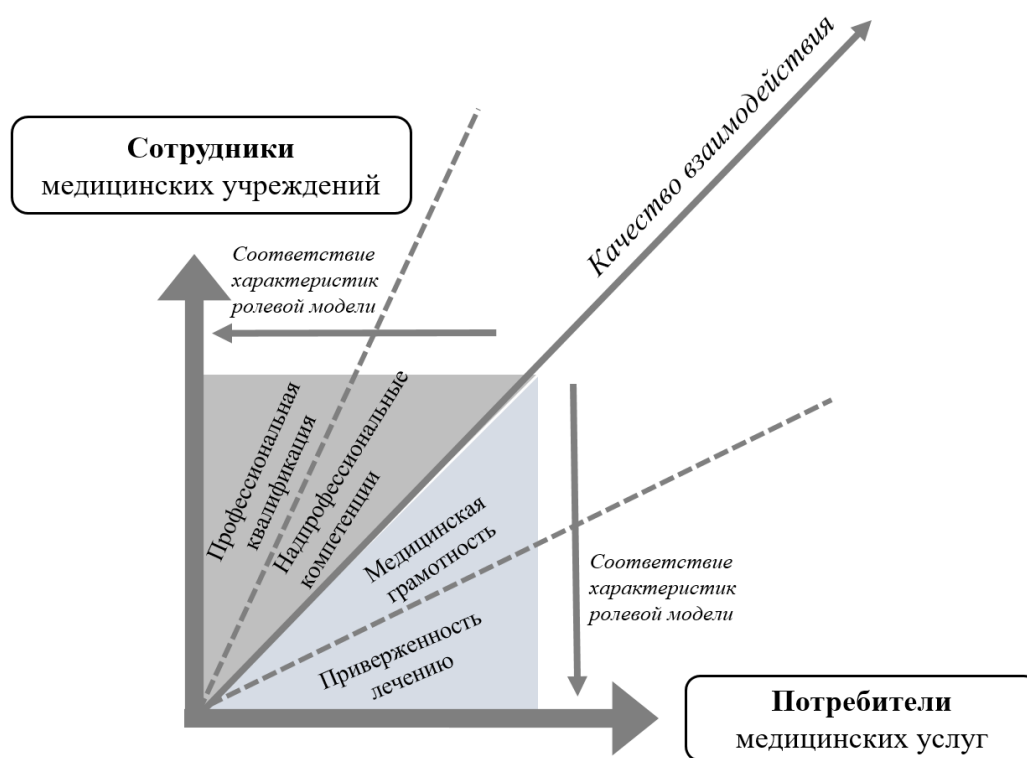


Рисунок 32 – Структура факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений

Сформированная структура факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с

потребителями медицинских услуг учитывает два вектора воздействия или две оси в зависимости от субъекта воздействия:

- 1) воздействие на сотрудников медицинских учреждений;
- 2) воздействие на потребителей медицинских услуг.

Для повышения качества взаимодействия воздействие на сотрудников медицинских учреждений может происходить по двум параметрам – воздействие на профессиональную квалификацию и на надпрофессиональные компетенции, а воздействие на потребителей медицинских услуг – по параметрам медицинская грамотность и приверженность лечению. Параметры для обеих осей, отражающих субъекты взаимодействия, расположенные ближе к осям и дальше от центральной оси (качество взаимодействия), отражают наибольшее соответствие характеристикам ролевой модели во взаимодействии «сотрудник медицинской организации – потребитель медицинских услуг», т.е. являются явными или «очевидными» для указанной ролевой модели, а параметры, расположенные дальше от соответствующих осей, являются опосредованными для соответствующих ролевых моделей, но, тем не менее, также значимыми факторами.

Учитывая обозначенные группы социальных ограничений, а также возможные факторы роста качества социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, разработка специальных алгоритмов для стратегического управления коммуникациями, которые бы обеспечили как эффективное использование новых коммуникационных технологий, так и гармонизацию интеграции новых технологий и каналов коммуникации с рациональным управлением человеческими ресурсами, приобретает первостепенное значение. Такие алгоритмы для стратегического управления коммуникациями способны создавать условия более адаптивного и гибкого управления социально-экономическими системами. Алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций будет включать несколько последовательных ключевых этапов, в соответствии с

которыми будет осуществляться формирование стратегии, направленной на повышение качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении.

В соответствии с полученными социальными оценками, обращая внимание на понимание построения стратегии учреждения с учетом интересов двух социальных групп коммуникации (сотрудники медицинских учреждений, потребители медицинских услуг), разработан алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, состоящий из шести последовательных этапов (рисунок 33).

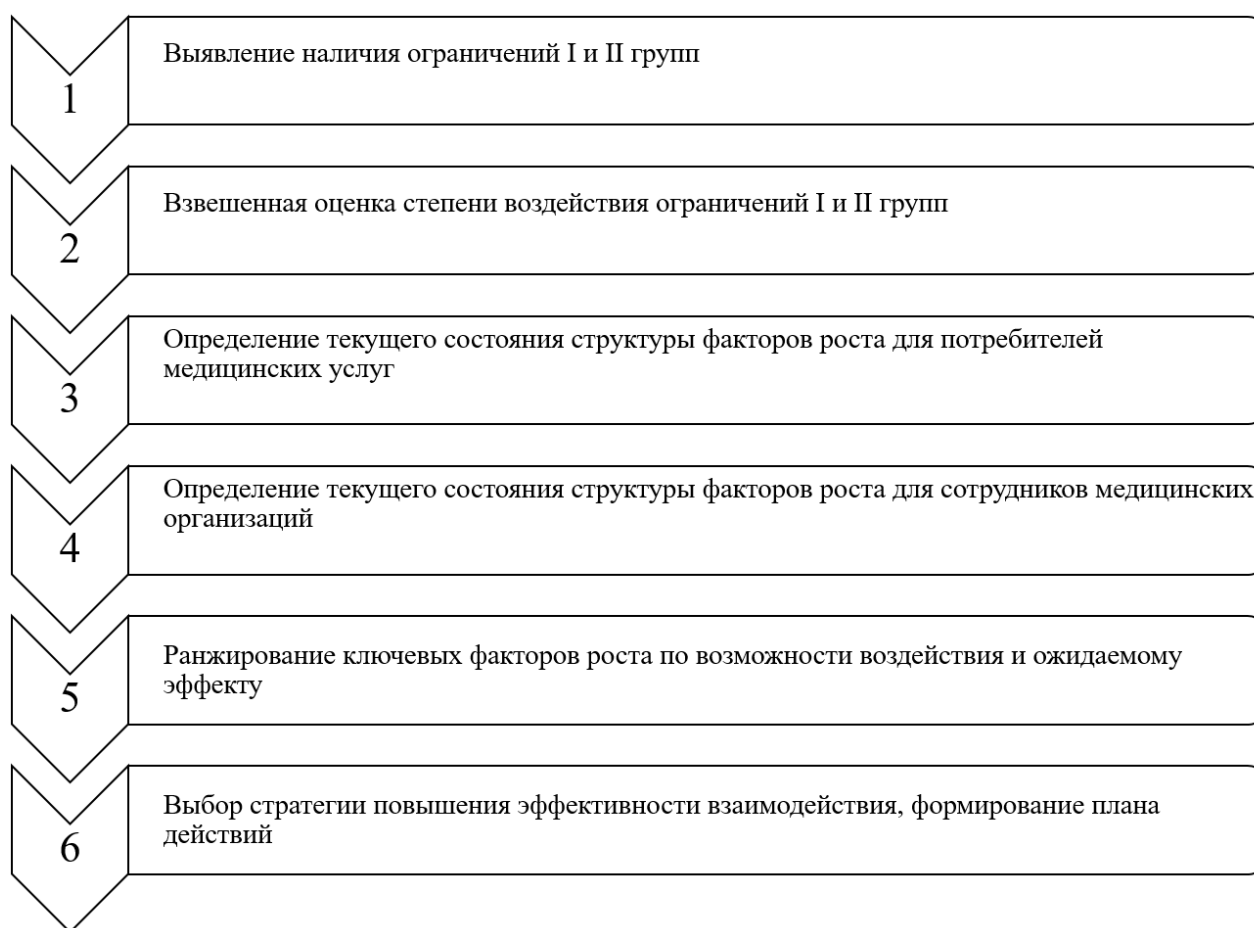


Рисунок 33 – Алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях

Этапы реализации алгоритма формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях:

1. Выявление наличия ограничений I и II групп.
2. Взвешенная оценка степени воздействия ограничений I и II групп.
3. Определение текущего состояния структуры факторов роста для потребителей медицинских услуг.
4. Определение текущего состояния структуры факторов роста для сотрудников медицинских учреждений.
5. Ранжирование ключевых факторов роста по возможности воздействия и ожидаемому эффекту.
6. Выбор стратегии повышения эффективности коммуникаций, формирование плана действий.

На первоначальном этапе необходимо провести анализ наличия ограничений I и II групп – динамических изменений в сфере деятельности медицинских учреждений и деформаций социальных ожиданий и характеристик потребителей медицинских услуг соответственно.

После оценки наличия ограничений и определения их перечня, для выявления степени воздействия данных групп ограничений предлагается сформировать взвешенную оценку степени их воздействия на систему социально-профессиональных коммуникаций медицинского учреждения. Взвешенная оценка производится посредством проведения экспертного анкетного опроса руководителей структурных подразделений учреждения, коммуникационная система которого рассматривается исследователем, а также при возможном использовании в анализе включенного наблюдения.

В целях третьего и четвертого этапов реализации предлагаемого алгоритма необходимо обеспечить выявление текущего состояния структуры факторов роста, описанных выше на рисунке 32, для двух социальных групп – сотрудников рассматриваемого медицинского учреждения и потребителей медицинских услуг, оказываемых данным медицинским учреждением.

Для определения наиболее актуальных и релевантных зон для осуществления воздействия, на пятом этапе алгоритма необходимо провести ранжирование выявленных ключевых факторов роста по возможности воздействия на них и ожидаемому эффекту. На заключительном этапе алгоритма формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций, с учетом полученных на предыдущих этапах результатов, происходит выбор типа стратегии и формирование пошагового плана действий для анализируемого медицинского учреждения.

В целях успешной реализации и получения заданного результата сама стратегия повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях должна быть направлена на совершенствование системы социально-профессиональных коммуникаций в стратегическом развитии медицинского учреждения, на формирование системы стратегических социально-профессиональных коммуникаций, согласующихся с общим стратегическим планом развития медицинского учреждения.

Стратегия формирования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях предполагает учет специфики всех параметров, оказывающих влияние на социокультурные взаимодействия внутри и вне рассматриваемого медицинского учреждения.

В условиях влияния на деятельность любой медицинского учреждения социокультурного фактора, находящего воплощение в необходимости формирования и развития актуальной корпоративной культуры, правил деловой или корпоративной этики (раздел 2.1. настоящей работы), при разработке стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях особое внимание следует уделить таким элементам корпоративной культуры, как миссия и философия, ценности, цель и задачи деятельности, общая стратегия деятельности, а также части видимых организационных структур и процессов, которые составляют поверхностный (видимый) уровень корпоративной культуры.

В связи с чем, при определении и разработке общей стратегии формирования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях особое внимание следует уделить социокультурному фактору развития конкретной медицинской организации – ее специфической корпоративной культуре и корпоративной этике.

Так, в результате завершения реализации алгоритма формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях осуществляется выбор стратегии повышения эффективности взаимодействия, а также формирование плана действий для конкретного медицинского учреждения.

Такая стратегия повышения качества коммуникаций должна соответствовать долгосрочным целям, миссии и задачам субъекта социального действия – медицинского учреждения. Данная стратегия реализуется в условиях ограниченности временных, трудовых и технических ресурсов, участвующих в обеспечении коммуникационных процессов в медицинском учреждении.

Стратегия повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении главным образом строится в соответствии с генеральной коммуникационной целью рассматриваемого медицинского учреждения. Такая стратегическая цель является, как правило, глобальной для учреждения, имеет долгосрочный характер и отложенный для оценки эффективности стратегии достигаемый результат, а сама стратегия повышения качества коммуникации подразумевает социальное управление не только посредством воздействия на сознание, но и на поведение целевой аудитории взаимодействия, определения и закрепления у нее определенных целевых паттернов социального поведения.

Для выбора стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций, согласно нашему исследованию, необходимо опираться на соотношение следующих параметров, отражающих ресурсный потенциал учреждения для реализации будущей стратегии:

- целевое воздействие;
- уровень корпоративной интеграции;
- акторы реализации стратегии;
- инструментальный критерий;
- адаптационные механизмы.

Целевое воздействие – параметр, который описывает генеральную стратегическую цель организации, в соответствии с которой происходит выбор стратегической цели социально-профессиональных коммуникаций, происходит построение вектора (или направления) для стратегического развития коммуникационной системы учреждения.

Параметр, который описывает уровень развития и тип корпоративной культуры, наличие внутреннего кодекса профессиональной этики, качественно-количественное соотношение видимых и скрытых элементов корпоративной культуры для внешних по отношению к учреждению заинтересованных лиц – это уровень корпоративной интеграции.

Среди акторов реализации стратегии медицинскому учреждению важно выделить те структурные подразделения и конкретных работников организации (медицинских и немедицинских работников), которые будут принимать непосредственное участие в реализации стратегии. В связи с чем, при определении акторов для реализации стратегии важно учитывать как профессиональные знания, умения и навыки, так и надпрофессиональные компетенции, уровень развития soft skills.

Инструментарий критерий в рамках реализации стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций охватывает уровень технологической зрелости организации, технико-технологическую специфику используемых коммуникационных каналов, т.е. отражает возможный инструментальный для осуществления плана действий в соответствии со сформированной стратегией.

Также, в условиях цифровой эпохи, повсеместной цифровизации и масштабном внедрении технологий искусственного интеллекта в социальную реальность и все сферы жизни человека, для организации важны имеющиеся и возможные к разработке и применению адаптационные механизмы для понимания потенциальных перспектив модификации уже имеющихся коммуникационных каналов, инструментов и привычных практик взаимодействия.

В данном контексте в условиях фокуса медицинского учреждения на повышение качества социально-профессиональных коммуникаций возможно рассмотрение выбора стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций с позиции указанных параметров, которые помогут в полной мере сконцентрироваться на возможностях и ресурсах медицинского учреждения для выбора и построения наиболее оптимальной и релевантной текущему состоянию развития медицинского учреждения стратегии.

Выводы

В третьем параграфе второй главы «Алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях» разработан и представлен алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в условиях необходимости учета социокультурного фактора на основе анализа ограничений групп двух типов и выявления факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере.

В исследовании были выявлены ограничения, которые необходимо отнести к двум различным группам – динамические изменения в сфере деятельности медицинских организаций; деформации социальных ожиданий и характеристик потребителей медицинских услуг. Указанные социальные ограничения будут оказывать существенное воздействие на формирование и реализацию стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций.

В целях нивелирования ограничений и их влияния в работе предложена структура факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций в

сфере деятельности медицинских учреждений в соответствии с двумя осями, описывающими воздействие в зависимости от субъекта социально-профессиональных коммуникаций, а также отражающая характеристику ролевого поведения в процессе получения и оказания медицинских услуг.

В результате выявленных социальных ограничений и факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций, представлен алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, состоящий из шести последовательных этапов.

Кроме того, в исследовании сформулированы ключевые параметры, отражающие ресурсный потенциал учреждения для реализации будущей стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций, которые включают: целевое воздействие, уровень корпоративной интеграции, акторы реализации стратегии, инструментальный критерий, адаптационные механизмы.

Таким образом, заключим, что социально-профессиональные коммуникации сотрудников медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг создают условия для формирования алгоритма взаимодействия с различными группами населения и определяет структуру, содержание, направленность социального механизма взаимодействия. Этот социальный механизм должен быть нацелен на качественное медицинское обслуживание и создание благоприятной здоровой среды. Т.е. вторую гипотезу диссертационного исследования можно считать подтвержденной.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА СОЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

3.1. Социальное моделирование коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг

Определение потенциальных возможностей метода социального моделирования коммуникаций в медицинской сфере предполагает необходимость понимания самого метода социального моделирования, его этапов, а также важности учета особенностей метода моделирования в социальных системах. Рассмотрение возможностей социального моделирования применительно к медицинским учреждениям, к коммуникационным системам в деятельности медицинских учреждений возможно с точки зрения трех подходов.

Во-первых, сами медицинские учреждения как социальные объекты будут иметь свои специфические модели, т.е. сами будут являться сложными системами, построенными в соответствии с определенными принципами, соотноситься с той или иной социальной моделью, а также организационной моделью. Так, для любого медицинского учреждения справедливо будет выделить общий комплекс специфичных компонентов организационной модели в его деятельности.

Во-вторых, сам процесс социального моделирования в рамках деятельности медицинского учреждения может быть сопряжен с разными факторами, а поэтапный процесс реализации метода социального моделирования может быть описан в соответствии с определенным алгоритмом.

В-третьих, поскольку ключевым во взаимодействии в медицинской сфере являются социально-профессиональные коммуникации сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг, процесс социального моделирования может быть адаптирован и применен именно к таким типам коммуникаций. Т.е. в данном контексте возможно построение и рассмотрение

моделей коммуникации для социально-профессионального терапевтического и лечебного взаимодействия формата «врач-пациент».

Организационная модель в деятельности современных организаций, как правило, описывает то, каким образом построена структура, как организованы процессы, какова иерархия, как происходит распределение ответственности. Это своего рода скелет организации, состоящий из совокупности структурных элементов, процессов, принципов формирования подразделений, способов делегирования ответственности и т.д.

Определенная организационная модель, состоящая из структурных элементов и описывающая ключевые взаимосвязи в деятельности, характерна и для медицинских учреждений. Представленная организационная модель в деятельности медицинских учреждений описывает ключевые компоненты процесса функционирования и осуществления своей деятельности современным медицинским учреждением (таблица 4).

Организационная модель любого медицинского учреждения предполагает наличие действующих субъектов – самого учреждения, его структурных подразделений и сотрудников. Структурные элементы медицинского учреждения, т.е. субъекты, взаимодействуют друг с другом опосредованно или напрямую, посредством офлайн- или онлайн-каналов коммуникации. Все коммуникации в медицинском учреждении носят предметно-деятельностный, целенаправленный характер, имеют определенные цели и задачи. Инструментами такого рода коммуникаций выступают организованные типы социально-профессиональных и межпрофессиональных коммуникаций. Объектность организационной модели подразумевает ориентацию на определенные группы потребителей медицинских услуг, органы государственной власти, медицинских работников других организаций и учреждений, работников различных структурных подразделений рассматриваемого учреждения. Результатом деятельности в рамках определенной организационной структуры в целом может стать стремление оказать

высококвалифицированную медицинскую помощь, предоставить качественные медицинские услуги населению и т.п.

Таблица 4 – Компоненты организационной модели в деятельности медицинского учреждения

Компоненты организационной модели	Воплощение компонентов организационной модели
Субъекты	Медицинское учреждение , подразделения медицинского учреждения, сотрудники медицинского учреждения
Образ действия и каналы коммуникаций	Опосредованное и прямое взаимодействие посредством различных каналов коммуникации в офлайн- и онлайн-пространстве
Цели и задачи коммуникации	Успешное оказание квалифицированной медицинской помощи, предоставление качественных медицинских услуг населению
Инструменты	Грамотно организованные качественные коммуникации (социально-профессиональные, межпрофессиональные)
Объектность	Потребители медицинских услуг (пациенты, их родственники и другие официальные представители), государственные структуры (как контролирующие органы), медицинские работники других организаций и других структурных подразделений рассматриваемого учреждения
Ожидаемый результат	Получение потребителями медицинских услуг квалифицированной медицинской помощи, повышение уровня удовлетворенности населения, одобрение органами контроля качества оказанной медицинской помощи, предоставляемых медицинских услуг

Социальное моделирование, как инструмент анализа социальных структур, предлагает стратегии для улучшения управленческих процессов, путем

воздействия на компоненты организационной модели в деятельности медицинского учреждения. Этот подход направлен на идентификацию и трансформацию потенциальных социальных дисфункций в медицинских учреждениях, выявляя ключевые проблемы, противоречия и направления для возможных изменений, что способствует предотвращению неблагоприятной социальной динамики.

В двадцатом веке, ряд ученых из разных стран начал изучать возможности использования моделирования в качестве подхода для анализа социальных явлений. Инициаторами исследования в области моделирования, которое сегодня признается фундаментальным методом в научных исследованиях, были ученые из Западной Европы и США. В 1945 году А. Розенблют и Н. Винер стали пионерами в этом направлении и в оценке значимости этого подхода [145], а затем их работу продолжили и развили такие исследователи, как С. Тулмин, М. Вартофский и др. [14, 148].

Во второй половине 20-го века в России началось интенсивное изучение социального моделирования, отмеченное значительными публикациями исследователей И.Б. Новика, А.И. Умова, И.Т. Фролова, В.А. Штоффа, Н.М. Мамедова и К.Б. Батороева. Эти работы заложили основу для дальнейшего развития моделирования как научного метода в России, оставаясь релевантными для современных исследователей. Несмотря на это, большинство советских исследований не акцентировали внимание на моделировании в контексте социальных наук, кроме работ Б.А. Глинского, что было связано с идеологической ситуацией. После 1980-х годов интерес к этой области в научном сообществе упал, хотя постсоветский период предоставил новые перспективы для использования моделирования в анализе социальных изменений [23, с. 298].

Применение моделирования в социальных науках является одной из самых непростых задач, так как социальные системы и их динамика подвержены постоянным трансформациям и часто изменяются непредсказуемо. Сложность прогнозирования реакций социальных структур на различные внешние

воздействия и их способность к адаптации делают исследование даже отдельных, не имеющих значимого влияния внешней среды социальных объектов, чрезвычайно трудоемким. Когда исследователь сталкивается с анализом комплексных явлений, эта задача становится еще более сложной из-за множества переменных и взаимодействий внутри этих систем, а также из-за субъективного восприятия социальных процессов и влияния на них различных социальных групп.

В управлении социальное моделирование применяется для изучения и детализации различных социальных динамик и явлений, с конечной целью обнаружения, создания и внедрения решений, адаптированных к конкретной ситуации [95, с. 154-155]. В текущем контексте, применение социальных моделей служит средством для создания или исследования механизмов взаимодействия в обществе путем построения моделей, которые воспроизводят устройство социальных связей.

Исходным моментом в процессе социального моделирования служит проблема, которую ученые выявляют на начальной стадии исследования. Определение целесообразности использования моделирования как метода анализа данной проблемы, а также установление целей и задач, которые моделирование должно решить, происходит на основе анализа как объективных, так и субъективных факторов, характеризующих проблему. Объективные факторы включают в себя те аспекты, которые можно четко определить и которые фактически существуют на данный момент [95, с. 156]. Проблематика социального моделирования может включать дисбаланс между вновь появившимися потребностями общества и доступными методами их реализации, а также между стремлением к обновлению, улучшению и достижению устойчивости. Субъективный аспект проблемы проявляется через элементы, подлежащие индивидуальной интерпретации, такие как личные мотивация и интересы, оценка целесообразности предпринимаемых действий и готовность к решению возникающих задач.

Как только выбор падает на моделирование в качестве инструмента для разрешения исследуемой проблемы, и устанавливаются конкретные цели и задачи, начинается теоретический анализ выбранного социального объекта. Этот этап включает в себя формализацию и создание модели или концептуального представления об объекте. Следующий шаг – это серия операций с моделью, направленных на поиск ответов на поставленные вопросы. Далее результаты моделирования подвергаются анализу, структурированию, интерпретации и обобщению. Экстраполяция этих данных позволяет исследователям прийти к новому пониманию социального объекта, связанных с ним проблем и возможных путей их решения. Результаты, полученные в ходе моделирования, могут быть адаптированы и применены к реальному социальному объекту, при этом важно учитывать все необходимые изменения и заданные изначально упрощения (рисунок 34).

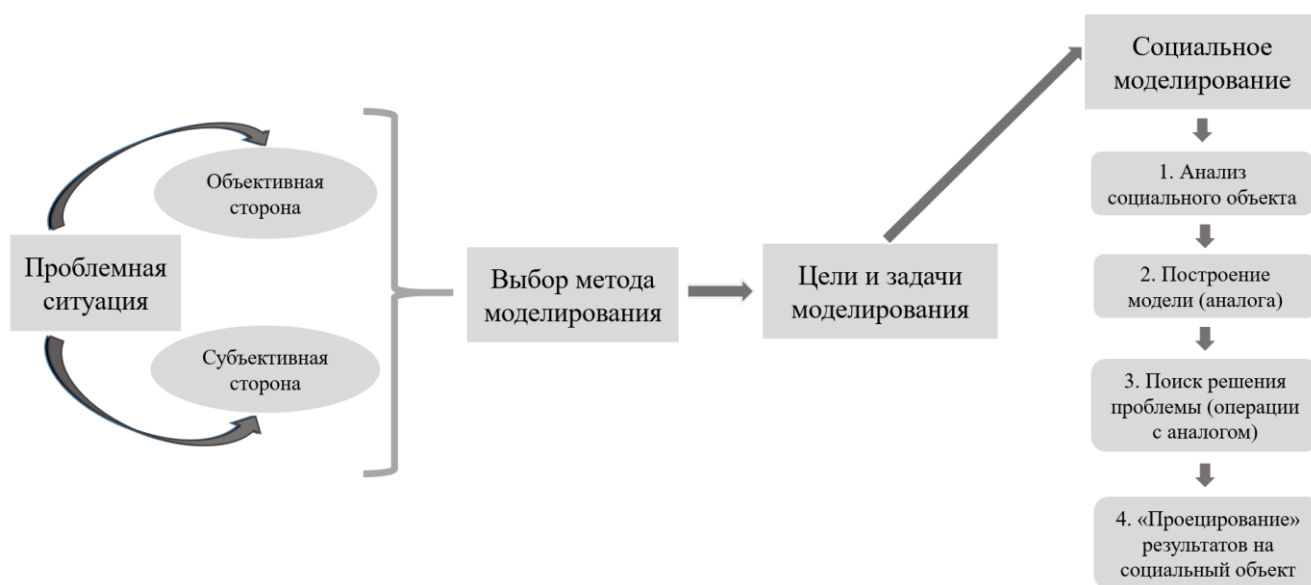


Рисунок 34 – Процесс выбора и реализации метода социального моделирования

В современном взаимодействии в медицинской сфере, как в рамках предоставления медицинских услуг, так и в процессе их получения населением, а также в процессе коммуникации медицинских работников, возникает потребность в проведении глубокого анализа и глубокого исследования. Это подчеркивает важность разработки новых моделей для понимания и интерпретации социальных

изменений, улучшения существующих подходов и выявления тенденций, которые могут негативно влиять на социальное развитие. Разработка новых моделей будет способствовать поиску оптимальных подходов для решения возникающих социальных и медицинских задач, а также разрешения возможных конфликтных ситуаций. В дополнение, применение социального моделирования в контексте оказания и получения медицинских услуг, а также использование соответствующих моделей улучшают прогнозирование и понимание сложных социальных процессов. Эти методы могут предотвратить принятие неправильных управленческих решений или, по крайней мере, минимизировать их отрицательные последствия для общества.

В современной России происходит масштабное изменение в области здравоохранения, превращающее медицинскую помощь, традиционно считавшуюся общественным достоянием, в процесс предоставления специализированных услуг – медицинских услуг [21]. В сферу здравоохранения активно внедряются элементы рыночной экономики, такие как маркетинг, рекламные кампании, PR и инструменты продаж. Эти инструменты часто ведут к ухудшению общественного восприятия качества медицинских услуг. Указанные характеристики влияют на процесс социального моделирования в медицинской сфере, создавая специфические трудности, которые необходимо принимать во внимание. Применение социального моделирования для управления деятельностью медицинских учреждений дает возможность создавать модели, отражающие влияние этих социальных факторов.

Моделирование социальных структур и изменений позволяет анализировать социальные объекты в контексте их взаимодействия с окружающей средой, включая внутренние и внешние факторы. В России применение математических методов для создания моделей в области здравоохранения не является широко распространенным и чаще всего встречается в рамках научных исследований и разработок [43, с. 58]. В настоящее время, несмотря на недостаточное изучение вопроса использования моделирования в управлении медицинскими

учреждениями, его значимость неоспорима. Опираясь на опыт моделирования в различных областях и существующие исследования в сфере здравоохранения, можно предположить, что моделирование обладает потенциалом для оптимизации управленческих процессов в медицинских учреждениях. В рамках моделирования коммуникаций в медицинских учреждениях, исследователи анализируют сложную сеть процессов, которые взаимосвязаны друг с другом. Важно обеспечить определенные критерии: устранение препятствий, минимизация неэффективных действий, ускорение процедур обслуживания пациентов, поиск эффективных способов мониторинга изучаемых процессов [43, с. 58].

В сфере социологии уже используются разнообразные модели для анализа социальных процессов, включая те, что исследуют динамику общественного мнения, культурное влияние, явления соседской сегрегации, конкуренцию языков, поведение масс, политическую поляризацию и распространение информации [149]. В области здравоохранения применяются различные социально-теоретические модели, однако ощущается острая нехватка подтвержденных эмпирических исследований и социальных экспериментов. Становится все более важным собирать точные и своевременные эмпирические данные, которые бы дали возможность оценить гипотезы и прогнозы относительно социальных взаимодействий на уровне отдельных индивидов.

Стоит подчеркнуть, что нынешние теоретические подходы к интерпретации социальных процессов сталкиваются с вызовами в свете последних эмпирических исследований, которые в большинстве своем базируются на аналитической работе социологов [149]. Возникла необходимость доработки моделей, посредством добавления в них проверки для обеспечения точности и надежности как отражений социальной действительности. Чтобы теоретические конструкции могли эффективно предсказывать социальные процессы, они должны интегрировать реалистичные элементы, основанные на проверенных принципах социальной психологии или на данных, полученных в ходе последних социологических исследований.

Современный этап развития информационных технологий, включая распространение социальных медиа и всеобщую цифровизацию, внедрение искусственного интеллекта в организационную и управленческую деятельность, открывает новые перспективы для анализа обширных массивов данных («больших данных»). Эти данные, охватывающие как поведение пользователей в сети Интернет, так и функционирование различных организационных структур, включая медицинские учреждения, становятся ключевым ресурсом как для частного, так и для государственного сектора. Использование математического анализа в социальных исследованиях для изучения обширных наборов данных способствует выявлению статистически значимых связей, раскрывающих закономерности социальной среды.

Процесс социального конструирования коммуникаций медицинских работников с потребителями медицинских услуг предлагается проводить в соответствии с наработками и результатами метода моделирования, т.е. при использовании социальных моделей. Также важным аспектом конструирования коммуникаций в медицинских учреждениях будут являться особенности самой аудитории потребителей медицинских услуг, характеристики «среднего пациента» конкретного медицинского учреждения, его паттерны поведения, освоенные им социальные роли, уровень медицинской грамотности и ряд других признаков.

Инструментарий социального моделирования, возможности построения и применения социальных моделей могут позволить расширить возможности влияния на коммуникационные системы в медицинских учреждениях. Так, ряд исследований констатирует, что коммуникационное взаимодействие работников медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг играет ключевую роль в процессе оценки пациентами своего опыта лечения заболеваний, а также влияет на положительную динамику лечебного процесса [4]. Коммуникация врачей-специалистов и других медицинских работников с пациентами подразумевает как профессиональный, так и социальный контекст. Также на процесс этого взаимодействия влияют сложившиеся в обществе для усвоенных

привычных ролевых моделей наборы соответствующих социальных установок, что подтверждает актуальность рассмотрения данного вопроса с социологической точки зрения.

Коммуникации закладывают фундамент взаимоотношений между врачами-специалистами или другим сотрудником медицинского учреждения и потребителями медицинских услуг, пациентами. Соответственно, качество этих коммуникаций во время врачебных приемов, консультаций специалистов и при проведении различных медицинских процедур будет оказывать влияние на общие результаты взаимодействия и, впоследствии, на уровень удовлетворенности пациента, его лояльность и результаты лечения [140]. Предпочтительной ситуацией является та, где медицинский персонал стремится выйти за пределы узких рамок позитивизма в восприятии заболевания, изменить концепцию оказания и получения медицинских услуг, построить гармоничные и прогрессивные взаимоотношения с пациентом [135].

Улучшение эффективности медицинских услуг и повышение степени удовлетворенности граждан результатами лечения относятся к ключевым целям социального развития в России. В контексте федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», который является частью национального проекта «Здравоохранение», был одобрен новый метод оценки, измеряющий удовлетворенность общественности качеством медицинской помощи («Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью»), [79] что подчеркивает значимость таких оценок для государственной политики и системы здравоохранения.

Для оценки и понимания текущего уровня эффективности взаимодействия между врачами и пациентами, определения возможностей по улучшению характеристик такого взаимодействия в целях достижения наиболее благоприятных результатов коммуникационного взаимодействия и высоких результатов проводимого лечения необходимо исследование применяемых в медицинских учреждениях коммуникационных моделей. Многообразие значимых

факторов в процессе коммуникации, таких как цели и контекст коммуникации, методы и каналы коммуникации, предварительные предположения и социальный контекст, оказывают весомое влияние на эффективность и результат коммуникации между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг. Полное понимание этих аспектов требует глубокого осмысления устоявшихся коммуникационных моделей и их ограничений в медицинской сфере.

Исследователи из различных областей, включая социологию, психологию и философию, анализировали динамику взаимоотношений между врачом и пациентом. В результате, И. Эмануэль и Л. Эмануэль, опираясь на социально-психологические особенности этого взаимодействия, выделили четыре ключевые модели таких взаимоотношений: патерналистскую, информационную, интерпретивную и совещательную [132]. Биоэтик из США, Р. Витч, выдвинул ряд концепций взаимоотношений между врачом и пациентом, которые находят отражение в современном обществе, включая инженерный, патерналистский (или пасторский), коллегиальный и контрактный (или договорной) подходы [16]. В ходе анализа применяемых в медицинской сфере подходов к взаимодействию и их ограничений, эксперты из Университета Гонконга выделили основные модели коммуникации, актуальные для сектора здравоохранения. Они включают в себя модели «Активность-пассивность», «Руководство-сотрудничество» и «Взаимное участие» [123]. Исследуя различные национальные и международные подходы к отношениям между врачом-специалистом и пациентом, Н.Л. Антонова предложила классификацию, основанную на двух видах взаимодействий: субъект-субъектном и субъект-объектном, акцентируя внимание на монологической и диалогической коммуникации [4, с. 273-274]. В различных типологиях, разработанных экспертами, взаимоотношения между врачом-специалистом и пациентом ассоциируются с определенными контекстом взаимодействия, которые коррелируют с концепциями трансакционного анализа, созданного Э. Берном. Эта концепция включает в себя психологическую теорию, которая классифицирует три

основных состояниях эго, проявляемых индивидами в процессе коммуникации: «Взрослый», «Родитель» и «Ребенок» [8].

Анализируя исследования отечественных и зарубежных специалистов, дополняя и развивая представленные ими модели, а также включив в построение моделей взаимодействия персонала медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг идеи теории транзакционного анализа Э. Берна, предложена *типология основных моделей коммуникации врача и пациента* с учетом положения участников, их социальных ролей и паттернов поведения, специфичных для медицинской сферы (рисунок 35).

Выделены 4 основные модели:

- *Инициатива-бездействие* (инженерная модель);
- *Управление-партнерство* (патерналистская модель);
- *Совместное участие* (коллегиальная модель);
- *Заказчик-подрядчик* (контрактная модель) [50].

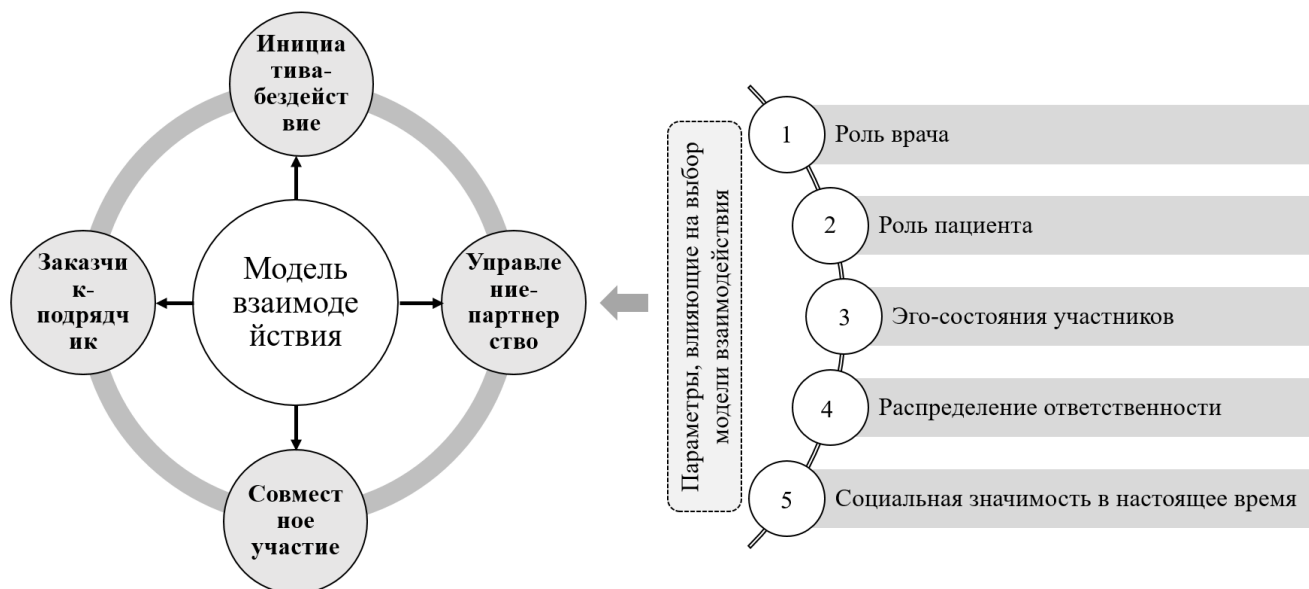


Рисунок 35 – Модели социально-профессиональной коммуникации формата «врач-пациент». Источник: составлено автором при использовании [4; 8; 114; 122]

Параметрами, в соответствии с которыми осуществляется выбор той или иной модели, являются 1) ролевые модели врача и пациента; 2) эго-состояния

участников коммуникации; 3) распределение ответственности в процессе взаимодействия и принятия решений; 4) социальная значимость и сфера приложения.

В странах Востока, таких как Китай и Индия, врач и пациент взаимодействуют в рамках более устойчивых отношений по сравнению с Западом. Здесь преобладает патерналистская модель, при которой медицинские специалисты пользуются несомненным уважением в социуме, и случаи обращения в суд против врачей и медучреждений встречаются значительно реже [139, р. 63]. Современная медицинская практика в странах Запада акцентируется на учете интересов пациентов и обеспечении их прав. Этот же тренд наблюдается и в России, где набирает популярность более лично-ориентированный подход в медицине. В настоящее время пациенты все чаще предпочитают отходить от строго регламентированных и формализованных отношений с лечащими врачами [4], что провидит к увеличению доли социальной коммуникации, частоте неформального взаимодействия медицинских работников с потребителями медицинских услуг.

В контексте современной российской медицины, модели коммуникации между врачом и пациентом, такие как «Совместное участие» и «Заказчик-подрядчик», активно внедряются и рекомендуются для интеграции в процесс лечения многих хронических недугов и в области психотерапии. В то же время, в определенных ситуациях, таких как неотложная помощь и лечение острых состояний, все еще эффективны более традиционные подходы «Инициатива-бездействие» и «Управление-партнерство», хотя и считаются морально устаревшими для общего применения.

При выборе модели коммуникации в коммуникации «врач-пациент» медицинским учреждениям, отдельным врачам-специалистам и самим пациентам необходимо ориентироваться на ролевые модели участников коммуникации, способ распределения ответственности, рекомендуемые примеры использования моделей. Так, перед субъектом взаимодействия открывается возможность выбора

наиболее оптимальной и комфортной для себя формы коммуникации исходя их сложившихся у него социальных установок и понятных ему социальных ролей.

Географические и культурные различия оказывают значительное влияние на динамику взаимодействия между врачами и пациентами. В частности, применение и реализация описанных моделей в медицинских учреждениях существенно различаются между восточными и западными обществами, отражая уникальные региональные характеристики.

В процессе взаимодействия с пациентом, коммуникативные компетенции врача приобретают все большее значение. Сегодня включение эффективной коммуникации в число основных навыков получило широкое признание в качестве одной из областей медицинского образования. Способность выпускников медицинских вузов демонстрировать эффективные коммуникативные навыки является одной из основных компетенций в их учебных программах [123, р.190].

Рассматриваемые модели являются концептуальными упрощениями, не всегда встречающимися в их идеализированном виде. Тем не менее, каждый индивидуальный случай коммуникации между врачом и пациентом в целом соответствует одной из этих представленных моделей.

Для обеспечения оказания качественных медицинских услуг необходимо укрепить доверие между медицинскими работниками и потребителями медицинских услуг, а также повысить уровень удовлетворенности от проводимого лечения. Это может быть достигнуто путем укрепления приверженности пациентов лечению, а также благодаря выбору актуальной для каждого типа терапевтической коммуникации социальной модели.

Выводы

В первом параграфе третьей главы «Социальное моделирование коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг» были проанализированы компоненты организационной модели медицинского учреждения, а также определена классификация основных моделей коммуникации между медицинскими работниками и потребителями

медицинских услуг с учетом ключевых параметров во взаимодействии, таких как: ролевые модели участников коммуникации; эго-состояния участников коммуникации; распределение ответственности в процессе взаимодействия и принятия решений; социальная значимость и сфера приложения.

Так, в настоящее время во многих сферах общественной жизни для конструирования социальных явлений и процессов активно используются методы социального моделирования, роль и значение которых в управлении текущей деятельностью современных организаций приобретает все большее значение [49, с.197]. Использование социального моделирования в медицинских учреждениях обусловлено как характерными особенностями общественных отношений в этой сфере, так и изменениями в социально-экономическом и социальном статусе типичного потребителя медицинских услуг. Кроме того, это связано с накопившимися проблемами в коммуникации между медицинским персоналом и потребителями медицинских услуг.

Вместе с тем, в эпоху развития цифровых технологий и искусственного интеллекта, в условиях усиления возможностей онлайн-коммуникаций и возможностей анализа «больших данных» в перспективе социальное моделирование как метод изучения коммуникационного взаимодействия в медицинской практике может иметь широкие перспективы практического применения.

3.2. Социальные оценки коммуникаций сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг в онлайн-пространстве

Известная по всему миру как «Индустрия 4.0.» четвертая промышленная революция кардинально повлияла на окружающую человека социальную реальность, прежнюю социальную действительность. Данный технологический прорыв коренным образом отличается от предшествующих благодаря тому, что он ключевым образом связывает физический и цифровой миры, открывает новые

возможности для автоматизированных трансформаций и действий по улучшению производственных и социально-экономических процессов. Изменение традиционной роли работника в общей системе трудовых отношений, в том числе под влиянием новых технологий, становится одним из основных воздействий четвертой промышленной революции.

В новой социальной реальности, когда все чаще фиксируется стремительное внедрение цифровых инструментов и технологий на основе искусственного интеллекта в деятельность медицинских учреждений, происходит формирование нового социального механизма управления, требующего пересмотра традиционно применяемых в рамках управленческой практики подходов. Условия новых технологий требуют адаптации существующих управленческих структур и устоявшихся социально-профессиональных коммуникаций сотрудников медицинских учреждений под влиянием процессов автоматизации и цифровизации.

Цифровая трансформация общественных отношений, сопровождающаяся автоматизацией взаимодействия, повышением частоты и охвата использования удаленных и онлайн-технологий породила появление новых, а также расширение возможностей и трансформацию уже существующих каналов коммуникации.

Как отмечают исследователи, современный мир характеризуется высоким уровнем медиатизации, когда все стратегическое управление и все стратегические коммуникации направлены на масштабное использование медиаинструментов, а медиалогике цифрового мира начинают подчиняться как повседневная жизнь человека, так и крупные институционально организационные структуры современного общества [22].

До появления социальных сетей, порталов для потребителей медицинских услуг и онлайн-платформ для коммуникации с медицинскими учреждениями и врачами-специалистами через социальные сети, мессенджеры и специальные чаты, традиционный формат взаимодействия был ограничен личной коммуникацией в медицинском учреждении либо взаимодействием пациента с опубликованными

материалами, изданными врачами-специалистами. В связи с распространением новых технологий, возможности реальных и потенциальных пациентов значительно расширились. В текущих реалиях более половины жителей России (62%) имеют аккаунты в социальных сетях, причем 45% россиян старше 18 лет используют этот канал коммуникации на ежедневной основе [19].

Медицинские организации и учреждения стремятся стать более открытыми для общения с населением не только в ответ на социально-экономические изменения, но и под влиянием нормативных актов. В частности, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязывает медицинские учреждения предоставлять гражданам информацию о своей деятельности, включая данные о сотрудниках, их образовании и профессиональной квалификации, через Интернет-ресурсы, такие как официальные сайты и аккаунты в социальных сетях [1]. Также, в настоящее время в условиях экспоненциального роста и развития популярных социальных сетей, многие из них предлагают для государственных организаций и предприятий (в том числе для медицинских учреждений) возможности верификации своих официальных групп и страниц посредством, например, портала «Госуслуги». Эти возможности связаны с определением статуса источника информации в социальных сетях и используются для того, чтобы Интернет-пользователи понимали, какие из страниц организаций и учреждений в социальных сетях являются официальными, т.е. информационным публикациям из каких источников в этой новой цифровой среде можно доверять.

Некоторые исследователи, обеспокоенные развитием информационных технологий и искусственного интеллекта и тем, что медицинские работники не всегда успевают за тенденциями этого развития, даже выступают за создание новой медицинской специальности — ИКТ-медицины [138]. Технологии искусственного интеллекта и системы на основе ИИ-решений активно внедряются в медицинскую практику в настоящее время.

Число посетителей интернет сайтов, число участников наиболее популярных социальных сетей, число участников-создателей информационных сообщений, видеоматериалов и других типов контента на различных социальных платформах, число зарегистрированных личных кабинетов пользователей различных Интернет-ресурсов, число аккаунтов, привязанных к электронным почтам пользователей на различных онлайн-сервисах – все эти показатели растут ежегодно, причем фиксируемый рост сопровождается увеличением времени, которое пользователи проводят в онлайн-пространстве, потребляя контент через мобильные устройства [33, 100, 128]. Постепенно в цифровое пространство перемещаются многие форматы коммуникаций организаций и брендов с целевой аудиторией, потребителями практически всех видов товаров и услуг. Так, например, в период пандемии коронавируса нового типа COVID-19 исследователи зафиксировали всплеск роста интереса к теме оказания медицинских услуг и деятельности медицинских работников и, кроме того, произошло изменение основных типов размещения и получения контента пользователями в сети Интернет, а также усиление роста роли средств массовой информации [94]. Исследования подтверждают, что одним из наиболее эффективных инструментов социокультурной регуляции в сети Интернет на сегодняшний день становятся социальные сети, и в частности, «мемы» [20]. Также важным фактом является то что в период пандемии основательно перестроилось в том числе коммуникационное пространство молодых людей, полностью переместившись в онлайн-пространство [42].

В онлайн-пространство в условиях развития цифровой реальности трансформируются также и традиционные каналы коммуникации потребителей медицинских услуг и медицинских работников, которые в настоящее время могут осуществляться посредством дистанционного консультирования и онлайн-коммуникации (рисунок 36).

Современные каналы взаимодействия способствуют расширению охвата целевой аудитории, а онлайн-коммуникации открывают новые возможности для

оказания медицинских услуг жителям регионов, удаленных от федеральных центров. Благодаря цифровой коммуникации в медицинской сфере, время, необходимое для традиционных действий, таких как посещение медицинского учреждения, сокращается.



Рисунок 36 – Трансформация традиционных каналов коммуникации медицинских работников с потребителями медицинских услуг (составлено автором)

Популярность и актуальность для запросов потребителей медицинских услуг социальных сетей и мессенджеров подтверждает тот факт, что на первой странице поисковой выдачи в популярных интернет-браузерах при запросе на поиск информации о конкретном медицинском учреждении в большом числе запросов отображаются аккаунты и страницы медицинского учреждения в популярных социальных сетях и мессенджерах [53].

В 2020 году Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные социологического исследования, которое изучало отношение россиян к возможности дистанционной коммуникации с врачами-специалистами с помощью телефонии или Интернет-взаимодействия [104].

Результаты опроса продемонстрировали, что большая часть россиян (62%) знают об актуальных возможностях телемедицинских технологий, причем уровень информированности в крупных федеральных центрах выше, чем в отдаленных регионах. Уровень использования дистанционных консультаций респондентами достиг 8%: среди опрошенных 6% использовали телемедицинские технологии, и 2% получали телемедицинскую консультацию посредством телефонной связи.

Потенциальную возможность обращения за дистанционной консультацией рассматривают 53% из опрошенных, информированных о такой возможности. В большей степени готовы получать дистанционные консультации в будущем жители городов-миллионников и граждане молодого возраста.

Причины, по которым респонденты готовы обращаться за дистанционным консультированием связаны с видимыми признаками заболевания, крайне тяжелым самочувствием и, напротив, ситуациями легкого недомогания.

Проведенное О. В. Забелиной исследование, посвященное независимой оценке качества медицинской помощи потребителями медицинских услуг, имеющими хронические заболевания, продемонстрировало восприятие качества оказания медицинских услуг среди пациентов [36]. Интересным фактом стало то, что и само исследование реализовывалось дистанционно, в качестве онлайн-опроса, и идея проведения исследования зародилась у автора после фиксирования повторяющихся запросов и сложностей потребителей медицинских услуг, зарегистрированных посредством онлайн-коммуникации в тематическом онлайн-сообществе медицинской тематики.

Так, потребители медицинских услуг используют онлайн-коммуникацию, чтобы опубликовать волнующие их вопросы, связанные с темой здоровья и получения медицинских услуг, а исследователи, в свою очередь, используют потенциал и возможности онлайн пространства, чтобы получить актуальные ответы потребителей медицинских услуг, являющихся членами определенных социальных групп.

Помимо активного использования социальных сетей в медицинской социально-профессиональной коммуникации представителей медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, в настоящее время в области предоставления и получения медицинских услуг населению особое развитие получили специализированные сайты, агрегирующие информацию о медицинском учреждении, оказываемых им услугах, перечне врачей-специалистов и других медицинских работников с информацией об их уровне образования, квалификации, опыте работы и т.д. Кроме того, при условии наличия у медицинского учреждения оплаченной услуги по приоритетному размещению и продвижению, пользователи таких сайтов могут онлайн записаться на необходимую медицинскую манипуляцию или консультацию с подтверждением визита в медицинское учреждения без длительного взаимодействия с сотрудником медицинского учреждения посредством телефонии.

К таким сайтам-агрегаторам можно отнести Интернет-ресурсы «НаПоправку», «ПроДокторов», «СберЗдоровье» и т.д. Хотя онлайн-запись на прием к врачу-специалисту в государственные учреждения реализуется через такие порталы, как, например, «Госуслуги» или «Здоровье Петербуржца», сайты-агрегаторы являются более удобными для пользователей, потребителей медицинских услуг, поскольку предоставляют обширную информацию об учреждении, специалистах, стоимости и перечне услуг. Однако, большинство небольших государственных медицинских учреждений в условиях отсутствия бюджета на приоритетное размещение на сайтах-агрегаторах, не используют в том числе и бесплатные возможности размещения информации на этих сайтах.

Проведенное исследование в условиях бесплатного использования Интернет-ресурсов для размещения информации об учреждении, о врачах-специалистах и предоставляемых услугах на сайтах «НаПоправку» и «ПроДокторов», проведенное для медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург в 2022-2023 гг., доказало целесообразность использования таких площадок для размещения и популяризации информации о медицинском учреждении. Добавление на

указанные ресурсы информации об учреждении, актуализация списка врачей и информации о них, добавление перечня оказываемых услуг способствовало росту узнаваемости, повышению числа звонков потребителей медицинских услуг в учреждение, увеличению комментариев пользователей в социальных сетях учреждения, а также возросло число положительных отзывов потребителей медицинских услуг о работниках учреждения, страницы которых были созданы и актуализированы на сайтах-агрегаторах.

Особое внимание в работе с сайтами-агрегаторами со стороны медицинского учреждения в рамках социально-профессиональной коммуникации представителей медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг важно уделить отзывам пользователей сайта, поскольку они являются, с одной стороны, релевантным каналом получения обратной связи от потребителей медицинских услуг, а, с другой стороны, дают возможность представителям учреждения дать ответную обратную связь на комментарии пользователей.

В рамках работы специалистов медицинского учреждения с отзывами потребителей медицинских услуг для укрепления положительного имиджа, повышения лояльности, а также для получения дополнительной положительной обратной связи может быть рекомендована публикация положительных отзывов пользователей на своих официальных страницах в социальных сетях. Такой формат коммуникации с участниками соответствующих тематических сообществ, осуществленный в федеральном медицинском учреждении в г. Санкт-Петербург в 2022-2023 гг., позволил зафиксировать рост положительных комментариев пользователей об учреждении и о медицинских и немедицинских работников учреждения на 16%.

Для реальных и, в особенности, потенциальных потребителей медицинских услуг в условиях развития цифровой среды и фокуса на сохранении здоровья, в условиях обилия цифровой информации, отзывы о медицинском учреждении и его сотрудниках становятся важным критерием на этапе выбора врача-специалиста и

медицинского учреждения. Особенно это является важным для потребителей медицинских услуг, непосредственных пациентов и их родственников, в ситуации тяжелых и социально значимых заболеваний, таких как онкологические.

Онкологические заболевания по всему миру в настоящее время стали одной из главных медицинских проблем современности. Борьба с онкологическими заболеваниями является одним из ключевых социально-экономических приоритетов в обществе [47, с. 286].

Наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями злокачественные новообразования в настоящее время становятся одними из самых распространенных и наиболее губительных для здоровья населения, относятся к категории социально значимых болезней. Вот почему изучение социально-профессиональных коммуникаций в учреждениях онкологического профиля – важное направление в возможных стратегиях улучшения состояния здоровья населения и повышении качества жизни граждан.

В соответствии с определенными в работе особенностями социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях (в разделе 1.2. настоящего диссертационного исследования) проведен анализ социально-профессиональных коммуникаций для учреждений онкологического профиля.

Сформулированы следующие особенности, которые оказывают влияние на социально-профессиональные коммуникации в деятельности медицинских учреждений онкологического профиля:

- система онкологической службы в России состоит из трех уровней – кабинеты врачей-онкологов в поликлиниках; онкологические диспансеры; оказывающие высокотехнологичную помощь федеральные центры, национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ);

- предмет таких коммуникаций – оказание медицинских услуг населению в связи с лечением онкологических заболеваний (зачастую тяжелых болезней) – является наиболее чувствительной для потребителя медицинских услуг темой, чем лечение других заболеваний;

- большое значение в ситуации онкологического заболевания имеет ранняя диагностика, проведение диспансеризации, поскольку на начальных стадиях многие из таких заболеваний развиваются бессимптомно;

- в рамках лечения злокачественных новообразований возможны различные варианты терапии – хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапевтическое лечение, а также комбинированные формы, в связи с чем на социально-профессиональные коммуникации будет влиять особенности проводимого лечения онкологического заболевания;

- онкологические заболевания в большом числе случаев являются многофакторными, спровоцированными комплексом причин и состояний, т.е. среди общих рекомендаций может быть общая модификация образа жизни и снижение факторов риска возникновения таких заболеваний;

- реализация социально-профессиональных коммуникаций обусловлена нормативно-правовым регулированием, распорядительными документами учреждений, правилам профессиональной этики;

- данным коммуникациям присущи специфические статусно-ролевые взаимоотношения, медицинские работники онкологических учреждений в большей степени вовлечены в психологическое взаимодействие с потребителями медицинских услуг, чем медицинские работники других специальностей;

- для данных коммуникаций характерны длительные, а после окончания лечения – регулярные контакты с определенной периодичностью;

- в рамках деятельности медицинских учреждений третьего уровня фиксируется активное применение новых технологий для социально-профессиональных коммуникаций, технико-технологическая специфика коммуникаций является сложной (использование телемедицинских технологий, сложных информационно-коммуникационных ресурсов и т.д.).

Исследователи описывают ежегодный рост числа типов дистанционного взаимодействия в медицинской сфере. Учитывая ежегодный рост онлайн-коммуникации между медицинскими учреждениями и их реальными и

потенциальными пациентами, исследователям и коммуникаторам в медицинской сфере необходимо определить, насколько онлайн-аудитория отражает социально-демографические характеристики реальных пациентов, которые получают медицинские услуги.

В целях более эффективного управления коммуникацией в онлайн-форматах и расширения возможного потенциала использования онлайн-каналов коммуникации нами предложено провести анализ участников тематических сообществ медицинского учреждения в социальных сетях и получить оценку соответствия аудитории онлайн-коммуникаций реальным потребителям медицинских услуг в контексте корректного отражения запросов и ожиданий пользователей, информационных потребностей потенциальных и реальных пациентов. Понимание данного соответствия открывает перед медицинскими учреждениями возможности влияния на имидж и уровень доверия врачам-специалистам, уровень приверженности лечению, возможное усиление роли цифровой коммуникации.

Для анализа потенциала неиспользуемых и используемых в ограниченном объеме онлайн-коммуникаций в качестве объекта анализа было выбрано такое медицинское учреждение, как Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, НМИЦ), расположенное в п. Песочный (г. Санкт-Петербург), предлагающее большой спектр различных медицинских услуг в рамках лечения онкозаболеваний у взрослых пациентов и пациентов детского возраста [111]. Ежегодно медицинскую помощь в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова получают тысячи потребителей медицинских услуг из разных регионов России и десятки потребителей медицинских услуг из других стран.

Коммуникации представителей НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, с реальными и

потенциальными пациентами активно осуществляется посредством различных цифровых и онлайн-каналов и технологий [45, 74, 75, 113]. Участники страниц и сообществ учреждения в социальных сетях являются активными пользователями и часто взаимодействуют с информационными сообщениями от НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Аккаунты НМИЦ в социальных сетях выполняют функцию связующего звена между неформальными группами, объединенными общими интересами в социальных сетях, и официальными онлайн-ресурсами, телефонными центрами учреждения [53].

Согласно данным официальной статистики, представленным в ежегодном сборнике «Здравоохранение в России», выпускаемом Федеральной службой государственной статистики, информация о заболеваемости населения злокачественными новообразованиями отражена в таблице 5.

Таблица 5 – Статистика заболеваемости раком в России в соответствии с возрастом и полом, 2022 год, в %

Возраст	0-14 лет	15-19 лет	20-39 лет	40-59 лет	60-79 лет	80 и более	Всего
Мужчины	0,3 %	0,1 %	1,3 %	9,9 %	29,5 %	4,2 %	45,3 %
Женщины	0,2 %	0,1 %	3,0 %	14,4 %	29,4 %	7,6 %	54,7 %
Всего	0,5 %	0,2 %	4,3 %	24,3 %	58,9 %	11,8 %	100 %

В 2022 году было зафиксировано 624 835 случаев заболеваний у пациентов, у которых диагноз был установлен впервые в жизни. Из этого числа, 283 179 мужчин и 341 656 женщин получили соответствующий диагноз [41]. Среди пациентов, у которых был установлен диагноз злокачественного новообразования, преобладающую часть (70,7%) составляют граждане в возрасте 60 лет и старше, более того, лица в возрасте 40 лет и старше составили 95,6% от общего числа

заболевших граждан. Кроме того, женщины составляют более половины (54,7%) от общего числа заболевших.

Самым крупным онлайн-сообществом НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова является группа ВКонтакте [74], которая насчитывает 31 588 подписчиков по состоянию на 31 сентября 2023 года. Демографический состав группы характеризуется преобладанием женщин (87%), а мужчины составляют 13% от общего числа подписчиков. (рисунок 37).

Демографические характеристики участников сообщества НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова отражают общие тенденции распределения пользователей социальных сетей по полу. Женщины, как правило, являются более активными пользователями ВКонтакте, что проявляется в их большем числе в тематических группах и сообществах по сравнению с мужчинами. Они чаще публикуют обновления в своих профилях и активнее используют функциональные возможности социальной сети в соответствии со своими потребностями [58, с. 639].

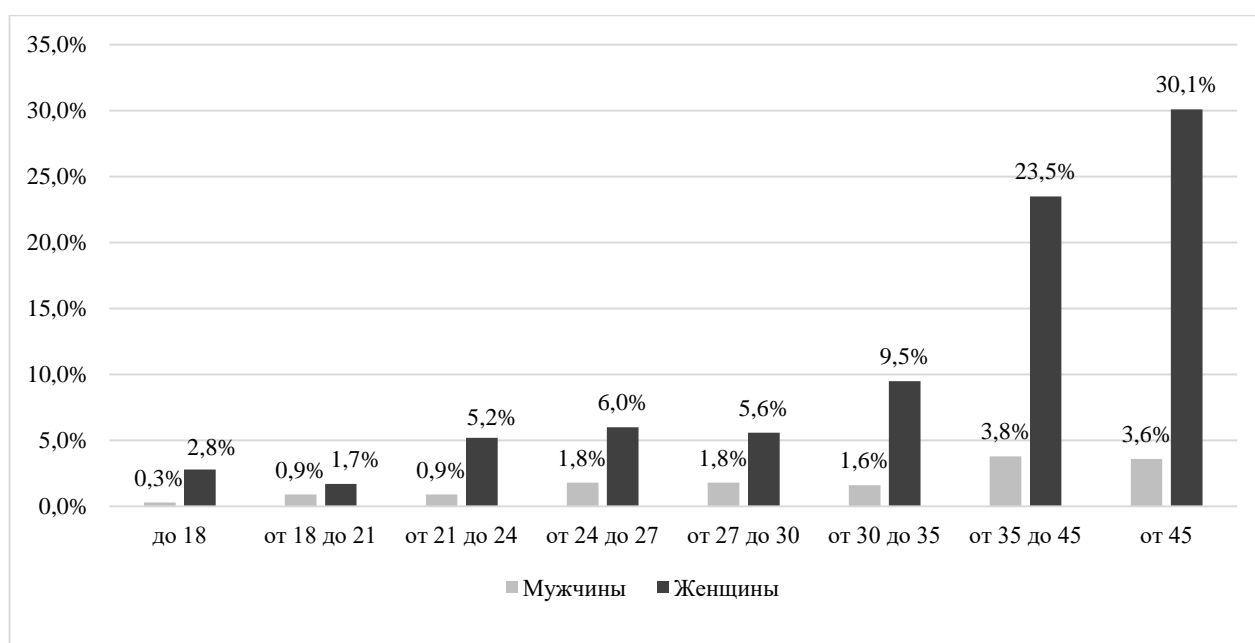


Рисунок 37 – Распределение посетителей сообщества ВКонтакте по возрасту и полу (данные на 30.09.2023)

Согласно данным Росстата за 2019 год, 57% россиян в возрасте 55 лет и старше, которые используют Интернет, также пользуются социальными сетями.

Интересно, что среди наиболее востребованных услуг, получаемых старшим поколением через Интернет, лидируют услуги в области здравоохранения и медицины, которые составляют 35% от всех видов услуг [107].

Социально-демографическая структура посетителей страницы сообщества по возрасту и полу за период с 1 сентября 2023 года по 30 сентября 2023 года повторяет статистику заболеваемости раком в России. Кроме того, географическое распределение участников сообщества совпадает с пропорцией российских пациентов по сравнению с пациентами из других стран.

Второе по численности подписчиков сообщество для пациентов и их семей, связанное с НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, – это канал «Честно о раке» на социальной платформе Дзен [113]. По состоянию на 31 сентября 2023 года канал «Честно о раке» насчитывает внушительную для данной платформы аудиторию в 6 932 подписчика, со средним количеством более 11 000 уникальных посетителей в неделю. Демографические данные аудитории канала показывают, что 77% читателей составляют женщины, а 23% – мужчины (рисунок 38). Демографическая структура аудитории канала схожа со структурой сообщества ВКонтакте, отражает статистику заболеваемости раком в России, где женщины, особенно в возрасте 45 лет и старше, составляют основную категорию.

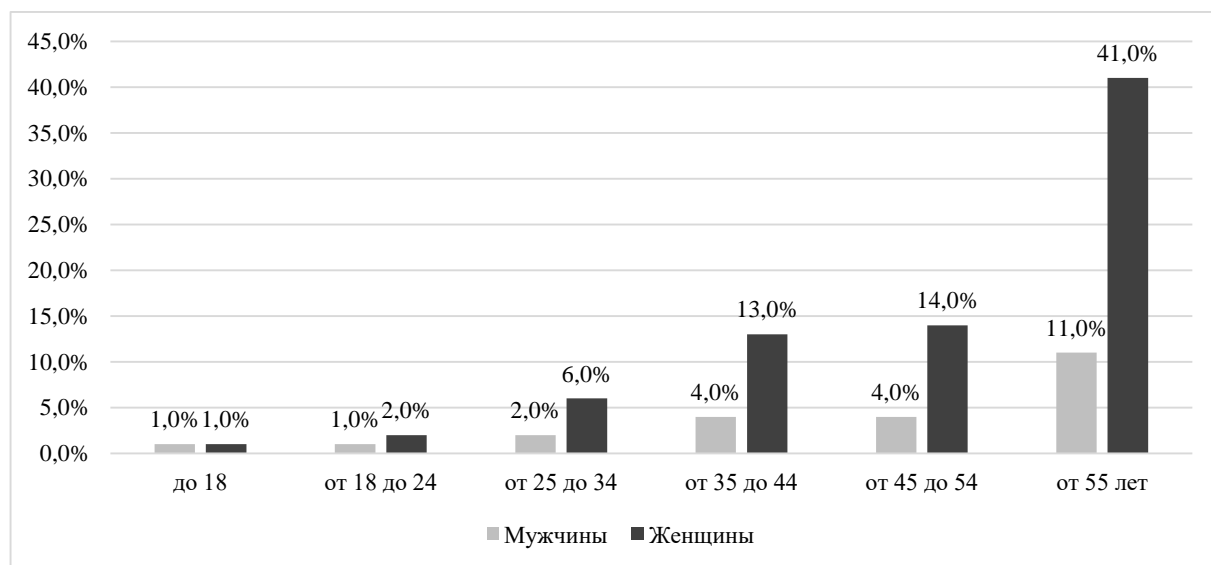


Рисунок 38 – Распределение аудитории канала «Честно о раке» по возрасту и полу (данные на 30.09.2023)

Исследование демографического состава подписчиков и читателей сообщества НМИЦ на платформах ВКонтакте и Дзен показало значимую корреляцию между характеристиками аудитории и реальными пациентами указанного медицинского учреждения.

Различие в полученных данных по заболеваемости раком в России и при анализе аудитории сообщества НМИЦ онкологии в социальных сетях, с более высоким процентом женщин-подписчиков, чем женщин-пациентов, объясняется тем, что участниками сообществ часто являются не сами пожилые пациенты, а их более молодые члены семьи, преимущественно дочери и внуки, и в некоторых случаях – супруги мужчин и матери детей с диагнозом рак (согласно включенному наблюдению автора, проведенному в 2022-2023 гг.). Эти лица задают вопросы о заболевании и вариантах лечения своих близких в комментариях, личных сообщениях и во время онлайн-трансляций.

Анализ показал, что аудитория читателей и подписчиков тематических сообществ рассматриваемого медицинского учреждения имеет сходство с характеристиками потребителей ее медицинских услуг, а также гражданами с онкодиагнозами в стране (рисунок 39).

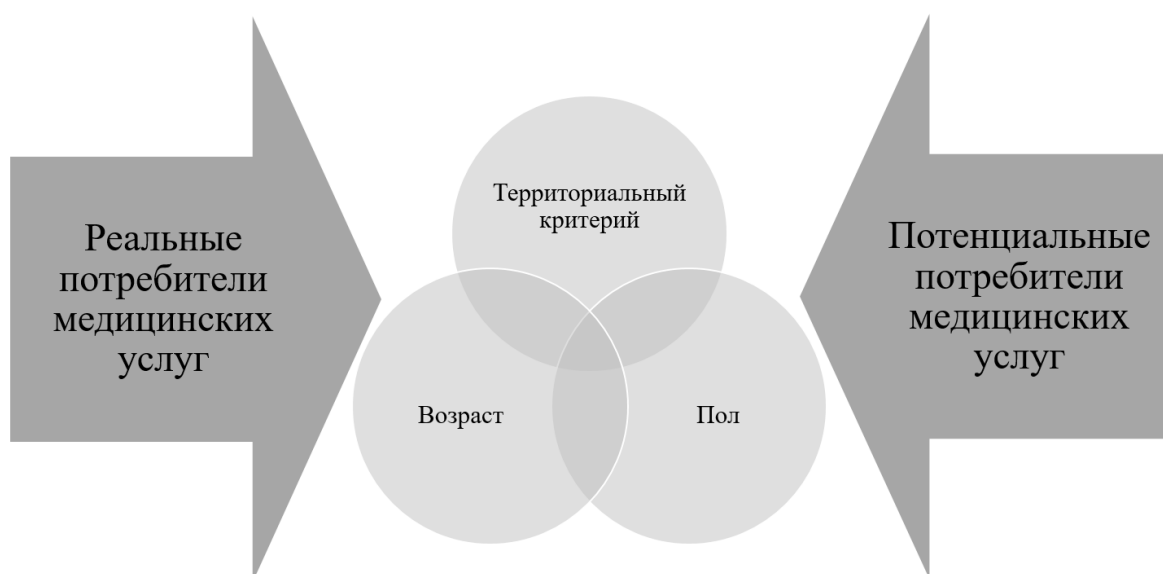


Рисунок 39 – Характеристики реальных и потенциальных пациентов НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова

Таким образом, медицинские организации могут использовать социальные сети как важный канал коммуникации с пациентами для, например, формирования лояльности и содействия соблюдению режима лечения.

Соответственно, в исследовании раскрыта обусловленность и подтверждена релевантность использования потенциала онлайн-коммуникаций в усилении взаимодействия медицинских учреждений с населением на примере конкретного медицинского учреждения.

Выводы

Во втором параграфе третьей главы «Социальные оценки коммуникации сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг в онлайн-пространстве» даны социальные оценки и изложены результаты исследования, подтверждающего возможность использования незадействованного потенциала онлайн-инструментов в коммуникации с потенциальными пациентами медицинских организаций.

Условия формирования цифрового общества и цифрового здравоохранения, распространение цифровой коммуникации и онлайн-взаимодействия различных форматов способствуют переходу значительной части коммуникаций представителей медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг в Интернет-пространство. Различные каналы электронной коммуникации, в том числе первостепенное значение социальных сетей и мессенджеров наряду с другими каналами взаимодействия в цифровой среде, создают условия для более неформального взаимодействия медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг.

Проведенное исследование на примере НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова показало, что аудитория соответствующих сообществ в социальных медиа схожа с характеристиками онкологических пациентов НМИЦ, граждан с онкодиагнозами в России. Также исследование подтвердило релевантность использования сайтов-агрегаторов для представления медицинского учреждения в Интернет-

пространстве и важность работы с отзывами потребителей медицинских услуг в сети Интернет через сайты-агрегаторы и социальные платформы.

Следовательно, онлайн-пространство, в частности, социальные сети, могут быть успешно использованы медицинскими учреждениями.

Такие социологические, социальные оценки в результате проведенного исследования, доказывают, что возможности цифровой эпохи и Интернет-пространства могут быть эффективно задействованы медицинскими учреждениями для коммуникации с потребителями медицинских услуг, дополняя традиционные способы коммуникации. Этот факт расширяет перечень привычных инструментов для развития системы интегрированных социально-профессиональных коммуникаций в сфере здравоохранения.

3.3. Формирование социального механизма применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации для медицинского учреждения на примере НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова

Реализация социального мониторинга коммуникационной деятельности медицинского учреждения требует применения современных коммуникативных технологий донесения до целевой аудитории взаимодействия необходимой информации. Применяемые коммуникативные технологии должны опираться на наличие определенного предмета и деятельности в контексте взаимодействия учреждений, структурных подразделений, отдельных работников. Каждое медицинское учреждение имеет определенную специализацию, оказывает медицинскую помощь по лечению конкретных нозологий (групп заболеваний), симптомов и состояний. В соответствии с этими факторами для управления коммуникациями применяются определенные технологии, соответствующие аудитории взаимодействия.

Любая организация, выступая в современном обществе одним из элементов его социальной структуры, подразумевает наличие четкой организационной

структуры при условии выделения органов управления, наличия распределения прав и обязанностей, заданных ролей для сотрудников этой организации [34, с. 98]. Коммуникации в медицинском учреждении, как и в любой другой организации, подвергаются воздействию внутренней и внешней среды. К внутренней среде относятся сотрудники, организационно-штатная структура, цели и задачи учреждения, применяемые технологии, имеющиеся ресурсы и коммуникация внутри учреждения.

Развитию современной системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях способствует ряд факторов внешней для медицинского учреждения среды, внутреннего организационного пространства, влияющего на коммуникативное пространство, а также социо-демографические характеристики целевой аудитории взаимодействия учреждения и типичные для аудитории социальные процессы, набор привычных социальных действий и социальных ролей.

Так, были выделены следующие группы факторов, оказывающие влияние на функционирование системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях: внешние факторы окружающей медицинское учреждение среды; факторы внутреннего организационного пространства; межличностные и внутриличностные факторы аудитории медицинского учреждения (таблица 6).

Среди внешних факторов, имеющих существенное значение, справедливо выделить крупные структурные, технологические и институциональные изменения, происходящие на рынке медицинских услуг; изменения законодательной базы в сфере оказания медицинских услуг населению; изменения в коммуникационной стратегии конкурентов медицинского учреждения; изменения, внедряемые вследствие развития научных исследований и разработок, а также изменения информационно-коммуникационного пространства взаимодействия как такового.

К факторам внутреннего организационного пространства организации, оказывающим влияние на коммуникационную систему, относятся структурные и организационные изменения внутри учреждения; внедрение новых принципов управления коммуникационной стратегией учреждения; изменение привычного информационно-коммуникационного пространства взаимодействия с аудиторией.

Со стороны аудитории взаимодействия медицинской организации на коммуникацию будут влиять изменения социо-демографических характеристик аудитории, ее привычных способов взаимодействия в коммуникационном пространстве, ее вкусов и предпочтений, а также изменение возраста и кластеров этой аудитории.

Таблица 6 – Актуальные факторы развития социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях

Группа факторов развития коммуникаций	Факторы развития коммуникаций	Область влияния	Степень необходимых к внедрению корректировок системы коммуникаций *
Внешние факторы окружающей организацию среды	Структурные, технологические и институциональные изменения на рынке медицинских услуг	Коммуникационная система в целом	Высокая
	Изменение законодательной базы сферы оказания медицинских услуг	Коммуникационная система в целом	Высокая
	Изменения коммуникационной стратегии конкурентов	Применяемые технологии и процесс их реализации	Умеренная
	Влияние развития научных исследований и разработок	Применяемые технологии и процесс их реализации	Умеренная
	Изменения информационно-коммуникационного пространства взаимодействия	Коммуникационная система в целом или частично	Умеренная

Факторы внутреннего организационного пространства учреждения	Структурные и организационные изменения внутри медицинского учреждения	Коммуникационная система частично	От умеренной до высокой
	Внедрение новых принципов управления коммуникационной стратегией	Применяемые технологии и процесс их реализации	От умеренной до высокой
	Изменения информационно-коммуникационного пространства взаимодействия	Применяемые технологии и процесс их реализации	Умеренная
Межличностные и внутриличностные факторы аудитории медицинских учреждений	Изменение социо-демографических характеристик аудитории	Применяемые технологии и процесс их реализации	Умеренная
	Изменение привычных способов взаимодействия в коммуникационном пространстве	Применяемые технологии и процесс их реализации	От умеренной до высокой
	Изменение вкусов и предпочтений	Применяемые технологии и процесс их реализации	Умеренная
	Изменение возраста и кластеров аудитории	Коммуникационная система частично	От умеренной до высокой

Источник: составлено автором.

* По данным экспертной оценки

Все эти факторы в той или иной степени будут оказывать влияние либо на изменения коммуникационной системы в целом или частично, либо на применяемые технологии и процесс их реализации для данного медицинского учреждения. Существенные изменения каждого из указанных факторов в целях поддержания хорошо функционирующей коммуникационной системы повлекут за собой неизбежные изменения, требующие внесения в коммуникационную систему от умеренной до высокой степени по своей значимости корректировок.

Коммуникативные технологии в данном контексте деятельности медицинских учреждений предлагается рассматривать как процесс решения какой-

либо организационно-социальной проблемы, имеющий научную подоплеку и реализуемый пошагово или последовательно, в несколько итераций. Применение и адекватная реализация конкретных коммуникативных технологий позволяет осуществлять качественное и результативное управление социальными и организационными процессами в рамках деятельности медицинских учреждений.

Рассмотрение коммуникативной технологии возможно в двух значимых аспектах – формально-описательном и процессуальном [67, с. 156]. Формально-описательный ракурс подразумевает рассмотрение задач, решение которых с помощью описываемой технологии предполагается найти, а также определенных алгоритмов действий, необходимых для решения поставленных задач. Процессуальный аспект подразумевает анализ последовательности использования конкретной коммуникативной технологии, а также изучение влияния изменений в компонентах модели на ее эффективность в зависимости от сложившейся ситуации, характеристик субъекта и адресата.

Современные коммуникативные технологии, применяемые в деятельности организаций концептуально сформировались и формализовались относительно недавно, хотя и не являются открытием прошлого столетия, а в той или иной форме присутствовали в общественной жизни и ранее. Сегодня эти технологии продолжают развиваться, видоизменяться, адаптироваться в связи с происходящими актуальными изменениями во всех сферах общественной жизни.

Различные коммуникативные технологии, такие как формирование общественного мнения, ориентированное информирование и технологии влияния на публику, эволюционировали на протяжении различных этапов развития публичных коммуникаций. Одной из первых применяемых технологий явился имиджмейкинг, позволивший некоторым специалистам констатировать наличие PR-инструментов еще тогда, когда сам PR не сформировался как социальный институт и не мог рассматриваться как таковой [57, с. 5]. В качестве социального института PR предстает как устойчивая, закреплённая нормативно система социальных статусов и ролей, основным предназначением которой является

стремление обеспечить эффективные публичные коммуникации социальных субъектов, оптимизировать их отношение с общественностью [60, с. 22].

PR-технологии наряду с рекламными технологиями сегодня становятся оплотом развития современных коммуникативных технологий, отправной точкой для развития и внедрения современных цифровых- и онлайн-технологий. Интересным фактом для рассмотрения становится взаимосвязь PR-информации и миссии организации в современных условиях. Сегодня миссия организации в большинстве случаев представляет собой PR-информацию, лаконично и ярко отражающую основную цель организации, ее предназначение, специфику и потенциальное функционирование в соответствии с интересами конкретных групп общества [34, с. 100].

Большинство медицинских учреждений объединены общей миссией, связанной с оказанием медицинской помощи населению, предоставлением качественных медицинских услуг их потребителем и, в целом, влиянием на улучшение качества здоровья граждан. В соответствии с более конкретизированной миссией каждого медицинского учреждения, происходит разделение по целям и задачам, планируемым к достижению и реализации им. Достижение поставленных целей и решение определенных специфических задач, в том числе коммуникационных, происходит посредством применения определенных инструментов и технологий.

Существуют различные типологии коммуникативных технологий в соответствии с разными параметрами. В соответствии с критериями по возможному типу применяемой технологии и ввиду взаимодействия с аудиторией выделены 3 укрупненные группы коммуникативных технологий для медицинских организаций – рекламные технологии, PR-технологии (связи с общественностью), GR-технологии, т.е. связи с государственными органами (таблица 7). Также отмечена целесообразность применения указанных коммуникативных технологий в деятельности медицинских учреждений в настоящее время.

Для успешного управления коммуникациями в медицине, предлагается разработать и использовать комплексную систему интегрированных коммуникаций.

Таблица 7 – Коммуникативные технологии в деятельности медицинских учреждений

Коммуникативные технологии	Тип технологии	Виды технологий	Целесообразность использования	
Рекламные технологии	Офлайн-технологии	Телевизионная реклама, радиореклама	Целесообразно (с оговоркой)	
		Реклама в прессе, печатная реклама	Нецелесообразно	
		Наружная реклама	Целесообразно (с оговоркой)	
	Онлайн-технологии	Рассылки по электронной почте и в sms-сообщениях	Целесообразно (с оговоркой)	
		Таргетированная реклама в поисковых сетях	Целесообразно	
		Контекстная реклама в поисковых системах	Целесообразно	
		Таргетированная реклама в социальных сетях	Целесообразно	
		Нативная реклама в социальных сетях	Целесообразно	
	PR-технологии (связи с общественностью)	Офлайн-технологии	Офлайн-мероприятия	Целесообразно (с оговоркой)
			Отношения с сегментами целевой аудитории в офлайн-пространстве, на территории учреждения	Целесообразно
Взаимодействие с профессиональным сообществом			Целесообразно (с оговоркой)	
Внутрикорпоративные взаимоотношения			Целесообразно	
Онлайн-технологии		Взаимодействие со СМИ	Целесообразно	
		Взаимодействие с блогерами, «лидерами мнений», «инфлюенсерами» в социальных сетях	Целесообразно	
		Отношения с сегментами целевой аудитории в онлайн-пространстве	Целесообразно	
		Взаимодействие с профессиональным сообществом	Целесообразно	
		Внутрикорпоративные взаимоотношения	Целесообразно	

GR- технологии (связи с государствен ными органами)	Офлайн- технологии	Правовая и гражданская активность	Целесообразно
		Активное участие в социальных проектах	Целесообразно
		Сотрудничество с общественными организациями	Целесообразно
		Поиск и установление первичной коммуникации с представителями власти (например, с помощью письменного обращения в государственные органы, участия в различных муниципальных и благотворительных проектах, конференциях, съездах, конкурсах, презентациях)	Целесообразно (с оговоркой)
	Онлайн- технологии	Правовая и гражданская активность	Целесообразно
		Активное участие в социальных проектах	Целесообразно
		Сотрудничество с общественными организациями	Целесообразно
		Формирование положительного имиджа и авторитета среди представителей государственных структур с помощью публикаций и кампаний в СМИ	Целесообразно
		Форсайт (анализ перспективы развития науки, культуры, экономики, общества) и планирование на его основе	Целесообразно
		Поиск и установление первичной коммуникации с представителями власти	Целесообразно

В такой системе коммуникационный процесс будет осуществляться не стихийно, а направленно, с учетом использования массовой коммуникации. Массовая коммуникация является одним из видов социальной коммуникации, для которой характерно применение опосредованного общения с помощью определенных технических средств, социальная направленность, социальная ориентация взаимодействия на большие социальные группы [44, с. 9]. Поскольку медицинские учреждения испытывают острую потребность в коммуникации с

реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, они используют инструменты массовых коммуникаций.

Также в своих усилиях по установлению связи с целевыми социальными группами медицинские учреждения нередко обращаются к комплексу маркетинга (marketing mix), т.е. совокупности таких инструментов, как реклама, личные продажи, PR, стимулирование продаж, прямой маркетинг [131].

Развитие практик применения маркетинговых инструментов и комплекса маркетинга в коммуникационном взаимодействии представителей медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг приводит к развитию систем так называемых интегрированных маркетинговых коммуникаций, которые должны быть стратегическим приоритетом для учреждений в сфере здравоохранения [130]. Интегрированные маркетинговые коммуникации в медицинской сфере призваны стать эффективным инструментом для учреждений системы здравоохранения по привлечению потребителей медицинских услуг.

Интегрированные коммуникации как феномен впервые стали рассматриваться в контексте маркетинга. Интегрированные маркетинговые коммуникации позволяют стратегически управлять всеми аспектами коммуникации во взаимодействии со значимыми для организации группами для улучшения репутации, роста прибыльности компании (если она преследует коммерческие цели).

Преимуществом интегрированных коммуникаций является тот факт, что реализующее данный комплекс коммуникаций учреждение получает возможность децентрализации каналов коммуникации с различными группами целевой аудитории, возможность доводить до каждой из групп необходимую им информацию на доступном языке, достигая высокого эффекта ее восприятия.

В отличие от классической системы интегрированных маркетинговых коммуникаций, реализуемой в разных сферах, интегрированные предметно-деятельностные коммуникации в сфере здравоохранения будут иметь ряд преимуществ. Они отличаются большей «комплексностью», охватом аудитории,

ролью социального контекста в процессе привлечения целевой аудитории и взаимодействия с ней. Если классическая система интегрированных маркетинговых коммуникаций состояла из таких элементов, как реклама и PR (рассматриваемые как «продолжение экономической конкуренции «другими средствами» [32]), пропаганда, личные продажи, прямой маркетинг, стимулирование сбыта, упаковка товара и др., то в предлагаемый перечень интегрированных коммуникаций для сферы оказания медицинских услуг войдет следующее: реклама (в том числе социальная), PR, GR, коммуникация в процессе непосредственного взаимодействия с получателями услуг, управление человеческими ресурсами, управление международными отношениями (рисунок 40).



Рисунок 40 – Система интегрированных коммуникаций в сфере оказания медицинских услуг

Такая трансформация системы интегрированных коммуникаций отражает расширение коммуникационных возможностей в современных медицинских

учреждениях, рост роли социального контекста во взаимодействии медицинских учреждений с гражданами, роли коммуникации в принципе, переход к более человекоориентированной медицине. Ведь в настоящее время в исследованиях подчеркивается значимость корректной коммуникации медицинских работников с потребителями медицинских услуг, особенно когда диагностические или терапевтические процедуры выходят за рамки того, что общеизвестно даже не специалистам, а также необходимость вовлечения пациента (и членов его семьи) в процесс оказания медицинских услуг [141].

Для каждого медицинского учреждения система интегрированных коммуникаций будет строиться в соответствии с его специализацией, уровнем развитости самого учреждения и его коммуникационной системы, профессиональным уровнем сотрудников и их навыками, в том числе *soft skills*, информационно-коммуникационными технологиями и целями взаимодействия с получателями медицинских услуг.

Одной из ключевых особенностей комплекса интегрированных предметно-деятельностных коммуникаций для медицинской организации будет их *многофакторность*, которая заключается в многостороннем взаимодействии объекта и субъектов коммуникаций, их взаимном влиянии друг на друга с точки зрения ключевых аспектов цели коммуникации, наличия проекций, складывающихся в процессе взаимодействия и видоизменения каждого из субъектов взаимодействия по окончании коммуникации. Также особенностью такой интеграции будет наличие социально-психологического компонента во взаимодействии – аспекта «взаимопонимания», который в условиях роста роли всего, что связано с «социальным», «социентальным» становится особо значимым фактором.

Социальные механизмы в системе общественных отношений представляют собой комплексные системы регуляторов, функционирующие на различных уровнях этих общественных отношений. Изучением конструирования социальных механизмов по управлению различными социальными процессами занимались

В.К. Потемкин, Т.И. Заславская, Ю.Г. Волков, П.В. Петрий, А.П. Бандурин, А.А. Костин и другие исследователи.

В нашей интерпретации социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений представляет собой систему взаимосвязанных целенаправленных действий, в которой одновременно осуществляется социальное, управленческое и межличностное взаимодействие, реализуются социальные технологии управленческого характера, направленные на трансформацию социально-профессиональных коммуникаций. Данное определение дополняет ранее сформулированные подходы к пониманию социального механизма своей комплексной направленностью на специфику социально-профессиональных коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений.

Развитию современной системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях способствует ряд факторов внешней для медицинского учреждения среды, внутреннего организационного пространства, влияющего на коммуникативное пространство, а также социо-демографические характеристики целевой аудитории взаимодействия учреждения и типичные для аудитории социальные процессы, набор привычных социальных действий и социальных ролей. Были выделены следующие группы факторов, оказывающие влияние на функционирование системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях:

- *внешние факторы окружающей учреждение среды* (структурные, технологические и институциональные изменения, происходящие на рынке медицинских услуг; изменения законодательной базы в сфере оказания медицинских услуг населению; изменения в коммуникационной стратегии конкурентов медицинского учреждения; изменения, внедряемые вследствие развития научных исследований и разработок, а также изменения информационно-коммуникационного пространства взаимодействия);

- факторы внутреннего организационного пространства (структурные и организационные изменения внутри учреждения; внедрение новых принципов управления коммуникационной стратегией учреждения; изменение привычного информационно-коммуникационного пространства взаимодействия с аудиторией);

- межличностные и внутриличностные характеристики реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг (изменения социально-демографических характеристик аудитории, ее привычных способов взаимодействия в коммуникационном пространстве, ее вкусов и предпочтений, а также изменение возраста и кластеров этой аудитории).

С учетом изложенных в исследовании факторов формирования системы коммуникаций для медицинского учреждения, в качестве социального механизма применения социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с различными целевыми группами взаимодействия разработана расширенная система предметно-деятельностных интегрированных коммуникаций для конкретного медицинского учреждения – НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова (рисунок 41, подробнее – Приложение Д).

В ней определяется состав указанных интегрированных коммуникаций, система которых отражает специфику коммуникаций медицинских работников и других сотрудников медицинского учреждения с различными группами целевого воздействия.

Специальный (пакетный) принцип взаимодействия, заложенный в формирование предлагаемого социального механизма, состоит в разделении системы интегрированных коммуникаций на «пакеты» – возможные к изолированному осуществлению и реализации группы коммуникационных областей и механизмов, полное содержание которых невидимо для внешней стороны коммуникации и широкой общественности, но является структурированным и логически обоснованным для сотрудников медицинского учреждения (на схеме на рисунке 41 и в Приложение Д выделено 7 «пакетов»).

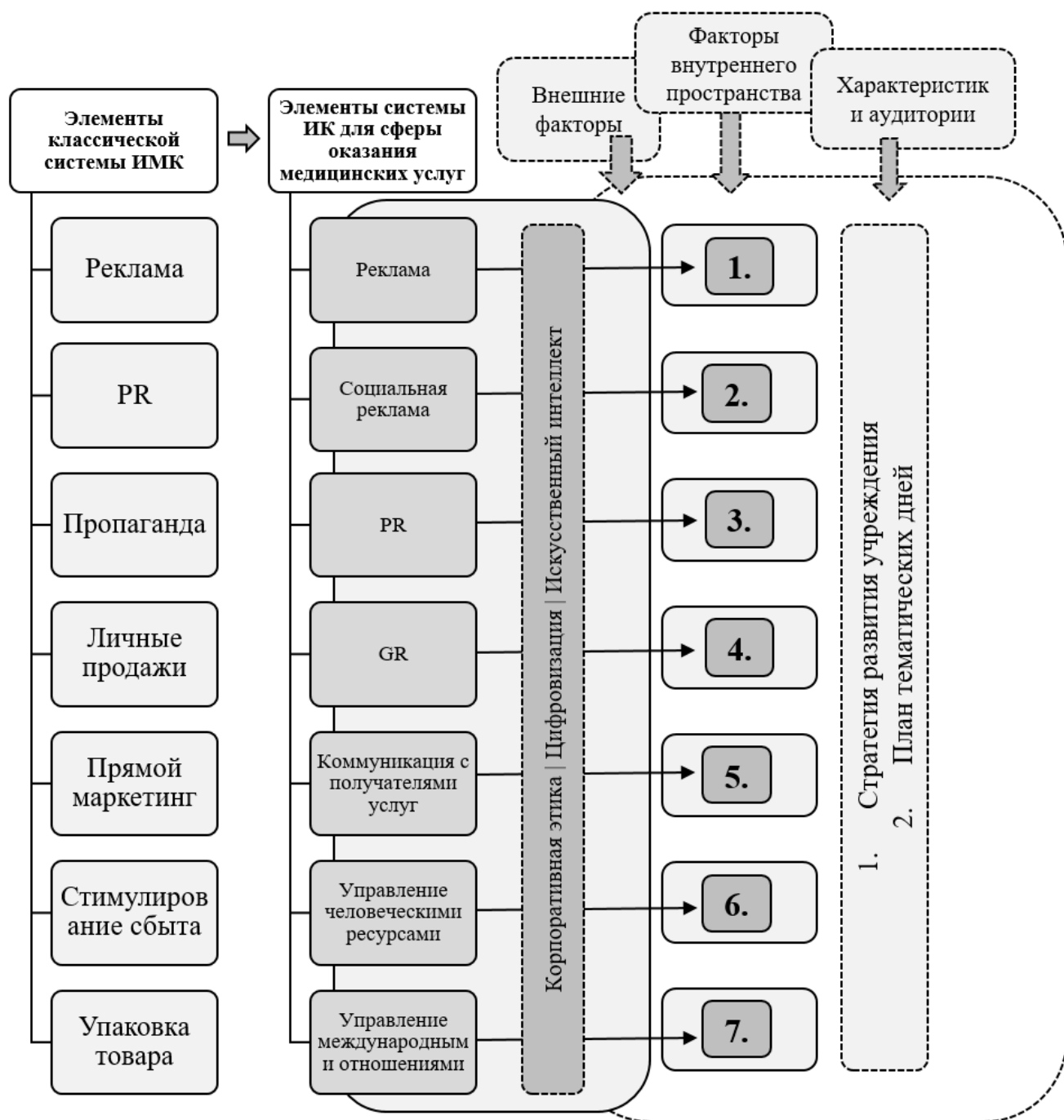


Рисунок 41 – Социальный механизм использования социально-профессиональных коммуникаций для НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова

В предложенной модели используются ключевые аспекты коммуникаций в области рекламы и связей с общественностью (PR), коммуникаций с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, коллегами (в том числе зарубежными), а также развития самой коммуникационной системы и надпрофессиональных навыков и компетенций медицинских работников.

Особо в социальном механизме мы выделяем роль правил деловой этики для внутриорганизационной культуры специализированного медицинского учреждения, необходимость разработки специальных Кодексов профессиональной этики, в соответствии с положениями которого необходимо осуществлять коммуникацию. Описанные ранее результаты проведенного исследования продемонстрировали понимание руководителей структурных подразделений медицинских учреждений необходимости наличия правил деловой этики в рамках конкретного учреждения. В специализированных учреждениях, имеющих направленность на лечение пациентов с определенными группами сложных нозологий (таких, как онкологические, сердечно-сосудистые и т.п.), либо имеющих направленность на лечение пациентов определенных социо-демографических характеристик (таких как пациенты детского возраста, беременные женщины и др.), правила корпоративной этики приобретают ключевое значение, поскольку специфический предмет коммуникации в таких случаях напрямую воздействует на психологическое состояние заболевших, которое, в свою очередь, оказывает влияние на коммуникацию и, в дальнейшем, на ход лечения пациентов.

В нашем понимании социальный механизм получает новое концептуальное развитие в условиях использования информационно-цифровых технологий. В современных практиках коммуникации осуществление взаимодействия коренным образом изменяется под воздействием цифровизации и внедрении решений на основе искусственного интеллекта (ИИ). Все каналы коммуникации и все определенные в соответствии со сформулированным «пакетным» принципом группы коммуникационных областей и механизмов в условиях развития новых технологий трансформируются и преобразовываются, получают свое развитие в цифровых практиках.

Предлагается использовать комплекс рекламных мероприятий, посвященных продвижению самого медицинского учреждения, врачей-специалистов по ключевым направлениям деятельности, а также организовать рекламную кампанию, посвященную продвижению ключевых «сезонных» оказываемых услуг

(в соответствии с графиком тематических международных и всероссийских дней, посвященных борьбе с конкретными онкологическими заболеваниями или их диагностике и раннему выявлению). Примерами таких тематических дней являются день борьбы с детским раком, день диагностики меланомы, всемирный день борьбы с раком молочной железы и др. Также на построение контент-плана публикаций и планирование конкретных информационных и рекламных акций будет влиять ежегодная стратегия развития учреждения, развития ключевых направлений его деятельности. Т.е. разработка и реализация стратегических коммуникационных механизмов осуществляется в соответствии с общим стратегическим планом развития медицинского учреждения.

Рекламные кампании социальной направленности (социальную рекламу) предлагается посвятить трем ключевым рубрикам: диспансеризации, скрининговым обследованиям онкозаболеваний, а также теме вакцинации. PR-инструменты могут быть успешно реализованы через публикации и взаимодействие со СМИ, блогерами и лидерами мнений, специальные проекты. Также необходимо работа с имиджем организации, ее репутацией. Инструменты GR могут быть представлены в качестве взаимодействия со СМИ, общественными организациями, представителями органов государственной власти, участия в социальных проектах и общественных инициативах.

Для развития коммуникационной системы НМИЦ необходима работа по управлению человеческими ресурсами: развитие коммуникационной системы, непрерывное обучение ординаторов, аспирантов и врачей-специалистов, а также среднего медицинского персонала, управление и развитие профессиональных и межпрофессиональных и социально-профессиональных коммуникаций. Развитые коммуникационные навыки считаются жизненно необходимыми для оказания высококачественных медицинских услуг, особенно в процессе лечения онкологических заболеваний [133]. Так, ряд исследований демонстрирует, что навыки межпрофессиональной коммуникации у медицинских работников можно

значительно улучшить с помощью обучения, которое включает использование метода моделирования [134].

В современную эпоху, когда медицинские учреждения постоянно сотрудничают между собой, в том числе укрепляют взаимодействие с зарубежными партнерами, необходимо развитие коммуникаций НМИЦ в международном аспекте – создание совместных проектов, проведение совместных конференций и других научных мероприятий, организация кросс-обучения сотрудников (например, в формате стажировок), применение технологий международного PR.

Особое внимание в системе интегрированных коммуникаций предлагается уделить области коммуникаций с потребителями медицинских услуг – пациентами и их родственниками, поскольку область этих коммуникаций является наиболее проблемной и актуальной на сегодняшний день. Коммуникация в отношениях «пациент-медицинский работник» может быть осложнена восприятием и ожиданиями пациента и его семьи, эмоциональным состоянием и течением заболевания. Диагностика и лечение рака часто вызывают беспокойство у пациентов и их родственников, которым необходимо время и корректная коммуникация для обсуждения своих психосоциальных проблем, связанных с заболеванием и лечением [146].

В соответствии с чем, в рамках такого терапевтического взаимодействия предлагается ориентироваться на одну из четырех представленных моделей коммуникации – инициатива-бездействие, управление-партнерство, совместное участие или заказчик-подрядчик, которая будет соответствовать области коммуникации в зависимости от сложившихся ролевых моделей коммуникации врача-специалиста и потребителя медицинских услуг и сферы применения в рамках конкретного медицинского направления и специализации коммуникации (модели представлены в разделе 3.1 настоящей работы).

Примерами реализации разработанного социального механизма использования социально-профессиональных коммуникаций могут стать:

- созданный внутренний Регламент по взаимодействию со СМИ представителей учреждения;

- регламент по взаимодействию с пациентами для медицинских и административных работников в онлайн-пространстве и при личном взаимодействии;

- сформированный корпоративный брендбук, в соответствии с которым создаются все печатные и электронные материалы – рекламные, информационные (например, памятки для пациентов и их родственников), корпоративная и сувенирная продукция и т.п.;

- бесплатные онлайн-мероприятия и материалы для пациентов (серия вебинаров «Об онкологии – профессионально», подкаст «Само не пройдет», специальная сессия для пациентов и их родственников в рамках международного онкологического форума «Белые ночи» и т.п.);

- бесплатные онлайн-мероприятия для студентов-медиков и медицинских работников (закрытые вебинары и конференции, онлайн-трансляции «из операционной», соревновательные командные обучающие мероприятия для ординаторов и аспирантов, например, в формате «батл» и т.д.);

- корпоративные обучающие тренинги по навыкам из группы soft skills для успешного взаимодействия с потребителями медицинских услуг (пациентами), коллегами, представителями органов государственной власти.

Предлагаемая к внедрению система интегрированных коммуникаций с учетом стратегии развития учреждения, принципов построения контент-плана для публикаций и рекламных кампаний, а также при использовании современных цифровых каналов и технологий коммуникации, обусловленных в том числе цифровизацией и распространением инструментов искусственного интеллекта, способна повлиять на социально-профессиональные коммуникации в учреждении, и, соответственно, повысить качество оказания медицинской помощи, поскольку роль коммуникации в деятельности современных медицинских учреждений в

текущих условиях общественных трансформаций приобретает все большее значение.

Проведя анализ развития социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, выявив их особенности развития, социальные ограничения и возможные факторы роста, а также разработав социальных механизм использования социально-профессиональных коммуникаций для специализированного онкологического учреждения, нами сформированы рекомендации по развитию социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях. Рекомендации включают следующее:

1. Формирование и развитие системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении необходимо выстраивать в соответствии с целеполаганием развития стратегических коммуникаций, направленность которых, в свою очередь, зависит от общего стратегического плана развития и ключевых целей учреждения.
2. Анализ системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении рекомендуется проводить с помощью методов социального мониторинга и социальной диагностики, опираясь на предложенную методику диагностики коммуникационного потенциала учреждения.
3. В процессе анализа социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении необходимо учитывать типы и уровни осуществляемых коммуникаций, а также принимать во внимание их специфические особенности.
4. Планирование развития социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении возможно осуществлять посредством метода социального моделирования, при использовании моделей коммуникации сотрудников медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг.

5. Важным шагом при планировании развития социально-профессиональных коммуникаций в медицинском учреждении будет являться этап определения социальных ограничений и потенциальных факторов роста качества коммуникаций, учитывая которые происходит формирование алгоритма стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций.
6. Для повышения качества социально-профессиональных коммуникаций медицинского учреждения может быть использован разработанный социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций, представленный в виде системы интегрированных предметно-деятельностных коммуникаций в условиях реализации пакетного принципа взаимодействия.

Выводы

В третьем параграфе третьей главы «Формирование социального механизма применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации для медицинского учреждения на примере НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» выделены три группы факторов, оказывающих влияние на функционирование системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях, определены актуальные коммуникативные технологии в деятельности медицинских учреждений с учетом целесообразности их внедрения, описана система интегрированных коммуникаций в сфере оказания медицинских услуг и ее отличия от классической системы интегрированных маркетинговых коммуникаций, реализуемой в различных сферах общественной жизни, а также разработан социальный механизм применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации для конкретного медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург.

Выявлено, что на функционирование системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях влияют внешние факторы окружающей учреждение среды; факторы внутреннего организационного

пространства учреждения; межличностные и внутриличностные факторы аудитории медицинских учреждений.

Среди актуальных коммуникативных технологий взаимодействия с внешней аудиторией медицинских учреждений выделены три группы таких технологий – рекламные технологии, PR-технологии (связи с общественностью), GR-технологии. В исследовании отмечено, что в сравнении с традиционной системой интегрированных маркетинговых коммуникаций, интегрированные предметно-деятельностные коммуникации для медицинских учреждений будут предпочтительны.

Как социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций для НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова во взаимодействии персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг разработана расширенная система интегрированных коммуникаций на основе специального (пакетного) принципа взаимодействия, заложенного в формирование предлагаемого социального механизма.

Таким образом, в целях повышения уровня удовлетворенности социально-профессиональными коммуникациями реальных и потенциальных потребителей медицинских услуг с сотрудниками медицинских учреждений в условиях развития цифровизации и внедрения технологий искусственного интеллекта в качестве основы для социального механизма взаимодействия нами предложено использовать формирование системы интегрированных коммуникаций, позволяющей реализовать особый принцип взаимодействия в процессе оказания медицинской помощи населению, т.е. третья, выдвинутая в исследовании гипотеза, подтвердилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное диссертационное исследование, посвященное изучению социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, позволило выявить особенности рассматриваемых коммуникаций, сформулировать актуальные проблемы в данной области изучения, сформировать инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений, определить особенности и принципы социального мониторинга, специфику социального моделирования коммуникаций в медицинской сфере, сформировать алгоритм стратегии повышения качества рассматриваемых коммуникаций, выявить социальные ограничения и факторы повышения качества таких коммуникаций, и, наконец, разработать социальный механизм развития социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений на примере медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург.

Для достижения цели исследования были проведены следующие исследовательские работы:

- осуществлено концептуальное развитие теории социально-профессиональных коммуникаций в современных организациях;
- определены особенности социально-профессиональных коммуникаций в сфере предоставления медицинских услуг реальному и потенциальному населению поселенческой общности;
- разработаны принципы формирования и реализации социального мониторинга социально-профессиональных коммуникаций в стратегическом развитии деятельности медицинских учреждений;
- теоретически и эмпирически обоснованы факторы и ограничения, воздействующие на развитие социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг;

- разработан социальный механизм применения социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с внешней целевой аудиторией взаимодействия.

В результате выполнения указанных исследовательских работ автором сформулированы выводы и предложены методические решения, обладающие научной новизной, практической и теоретической значимостью.

Проблема построения рациональной системы социально-профессиональных коммуникаций в сфере деятельности медицинских учреждений является актуальной, малоисследованной и практически значимой. Специфика медицинских учреждений как организаций, профессиональная деятельность работников медицинских учреждений, характеристики потребителей медицинских услуг, органы государственной власти, регулирующие оказание медицинской помощи и осуществление медицинской деятельности, реализация системы цифрового здравоохранения – все это определяет общий контекст функционирования системы социально-профессиональных коммуникаций в медицинской сфере.

Текущие социально-экономические условия, цифровая трансформация всех сфер общественной жизни, внедрение технологий и инструментов искусственного интеллекта в общественные отношения, оказывают ключевое воздействие на деятельность организаций и предприятий, в том числе на деятельность медицинских учреждений. Внедрение и интеграция коммуникационных систем и механизмов на основе новых технологий становятся фактором, который способен трансформировать текущие социально-профессиональные коммуникации внутри медицинских учреждений, повысить производительность труда медицинских работников, оптимизировать часть коммуникационных механизмов, а, следовательно, повысить общую результативность деятельности и качество оказания медицинских услуг.

Вместе с тем, медицинское учреждение в процессе своей деятельности по реализации новых коммуникационных решений неизменно столкнется с новыми вызовами и проблемами, которые обусловлены институционально-средовыми,

экономическими, технико-технологическими, социотехническими, и ресурсосберегающими компонентами. Эти вызовы могут сопровождаться существенными социальными и технологическими последствиями для сотрудников медицинского учреждения и его самого в целом.

Для определения наличия проблем в сфере оказания медицинской помощи населению, фиксирования их текущего состояния для конкретного медицинского учреждения, нами предлагается использовать возможности социальной диагностики и социального мониторинга. На особенности формирования социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений влияет их предметно-деятельностная среда. Вследствие обостряющихся в условиях цифровой эпохи противоречий, которые в большинстве случаев имеют коммуникационную природу, актуализируются последствия, в частности, медицинского характера, негативно влияющие на результаты лечения потребителей медицинских услуг.

В первой главе **«Теоретические основания исследования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях»** осуществлен анализ развития теории социально-профессиональных коммуникаций в организациях, раскрыты характерные черты социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях, определены ключевые проблемы и методический инструментарий исследования социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях.

Во *второй главе* **«Исследование и анализ системы социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений»** теоретически и эмпирически исследуется роль и влияние корпоративной культуры для современного медицинского учреждения, корпоративная культура и профессиональная этика рассматриваются как фактор обновления системы коммуникаций в медицинских учреждениях. Кроме того, представлена новая интерпретация принципов формирования социального мониторинга коммуникаций в медицинских учреждениях и разработана методика диагностики

социально-профессиональных коммуникаций персонала медицинских учреждений с реальными и потенциальными потребителями медицинских услуг, а также разработан и представлен алгоритм формирования стратегии повышения качества социально-профессиональных коммуникаций в условиях необходимости учета социокультурного фактора на основе анализа социальных ограничений и структуры факторов роста качества социально-профессиональных коммуникаций в деятельности медицинских учреждений.

В *третьей главе* **«Разработка социального механизма развития социально-профессиональных коммуникаций в медицинских учреждениях»** на основании социального мониторинга особенностей социально-профессиональных коммуникаций осуществлено социальное моделирование, представлены основные модели коммуникаций медицинских работников и потребителей медицинских услуг, даны социальные оценки процессов коммуникации медицинских работников с потребителями медицинских услуг в онлайн-пространстве, раскрыта обусловленность и подтверждена релевантность использования потенциала онлайн-коммуникаций в усилении взаимодействия медицинских учреждений с населением, а также разработан социальный механизм применения предметно-деятельностных интегрированных коммуникации на основе специального сформулированного автором (пакетного) принципа взаимодействия для конкретного медицинского учреждения в г. Санкт-Петербург.

Таким образом, цель диссертационного исследования достигнута, задачи выполнены, выдвинутые гипотезы подтверждены, полученные результаты работы подкреплены выводами в результате теоретического и эмпирического анализа рассматриваемой проблемы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 27.10.2023).
2. Алексеева, Д. Г. Теоретические основы банковского мониторинга / Д. Г. Алексеева // Вестник РУДН, серия Юридические науки. – 2010. – № 4. – С. 49-60.
3. Американская социологическая мысль: Тексты: [Перевод] / Сост. Е. И. Кравченко; Под ред. В. И. Добренькова.- Москва : Изд-во МГУ. –1994. – 495 с.
4. Антонова, Н. Л. Модели взаимодействия врачей и пациентов в системе медицинского обслуживания / Н. Л. Антонова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – № 2 (15). – С. 272–274.
5. Балдин, К. В. Организация социально-экономического мониторинга состояния предприятия / К. В. Балдин, О. А. Лезина // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2017. – № 2 (96).
6. Биличенко, Т. Н. Эпидемиология новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Обзор данных / Т. Н. Биличенко // Академия медицины и спорта. – 2020. – № 1(2). – С. – 14-20. DOI:10.15829/2712-7567-2020-2-15.
7. Бесчастнова, С. П. Цифровое пространство и коммуникации: современные тренды в здравоохранении в условиях текущих перемен / С. П. Бесчастнова // Инновации и инвестиции. – 2022. – № 9. – С. 201–207.
8. Берн, Э. Трансакционный анализ в психотерапии / пер. с англ. А. Грузберга. М. – 2015. – 366 с.
9. Бехтерев, В. М. Общие основы рефлексологии человека: Руководство к объективному изучению личности / под ред. и со вступ. ст. А. В. Гервера. — 4-е посмерт. изд. — М.; Л. : Гос. изд-во, 1928. — XXIV, 544 с.

10. Больничные организации. Здравоохранение в России - 2021 г. // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/Main.htm (дата обращения: 20.08.2023).

11. Боровикова, Т. В. Теория и практика использования социально-педагогического мониторинга в качественном управлении современным общеобразовательным учреждением / Т. В. Боровикова, А. И. Фоменков // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2006. – № 12. – С. 65-70.

12. Бояркина, С. И. Теоретические подходы к изучению факторов формирования и воспроизводства статусных неравенств в здоровье / С. И. Бояркина, Д. К. Ходоренко // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – 23(5). – С. 41–72.

13. Бурганова, Л. А. Теория управления Элтона Мэйо: монография / Л. А. Бурганова, Е. Г. Савкина // Федеральное агентство по образованию, Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Казанский гос. технологический ун-т». - Казань : КГТУ. – 2007. – 159 с.

14. Вартофский, М. Модели. Репрезентация и научное понимание. – М.: Прогресс. – 1988. – 507 с.

15. Вебер, М. Избранные произведения / Пер. с нем.; сост., общ. ред. и послесл. Ю. Н. Давыдова; предисл. П. П. Гайденко; коммент. А. Ф. Филиппова. — М.: Прогресс. – 1990.

16. Витч, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67–72.

17. Волкова, Е. В. Стратегическое планирование коммуникации врача в социальной сети на основе инфоповода COVID-19 / Е. В. Волкова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2021. – № 4 (216). – С. 24-36.

18. Воронин, Б. А. Корпоративная культура в организации / Б. А. Воронин, М. С. Серебренникова, Н. Б. Фатеева // Аграрное образование и наука. – 2018.

[Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korporativnaya-kultura-v-organizatsii-2> (дата обращения: 28.11.2023).

19. ВЦИОМ: около половины россиян пользуются социальными сетями почти каждый день // ТАСС. [Электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/obschestvo/4950095> (дата обращения 25.02.2023).

20. Вэй, Ф. Сетевая коммуникация цифровых инициативных действий как предмет социокультурной регуляции в условиях мобилизационной экономики / Ф. Вэй, Н. Н. Покровская // Журнал интегративных исследований культуры. – 2023 – Т. 5. – №1. – С. 17–24. DOI:10.33910/2687-1262-2023-5-1-17-24.

21. Вялых, Н.А. Социальные модели потребления медицинской помощи в контексте трансформации института здравоохранения в современной России / Н. А. Вялых // Электронный научный журнал Инженерный вестник Дона. 2014. № 4-1. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23282492> (дата обращения 15.03.2023).

22. Гавра, Д. П. Трансформация стратегических коммуникаций в глубоко медиатизированном социуме / Д. П. Гавра // В сборнике: Медиа в современном мире. 63-и Петербургские чтения. Сборник материалов Международного научного форума. В 2-х томах. Санкт-Петербург. – 2024. – С. 164-166.

23. Глазунов, Н. Г. Моделирование социальных процессов: проблемы теории и практики / Н. Г. Глазунов // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. – 2011. – № 1(15). – С. 297–301.

24. Голикова, Н. С. Сетевое образование в подготовке специалистов для фармацевтической индустрии / Н. С. Голикова, Л. Н. Чернышева, В. В. Тарасов, Л. А. Король // Фармация. – 2017. – № 7. – Т. 66. – С. 46-51.

25. Готлиб, А. С. Клинические решения: факторы и проблемные ситуации (точка зрения врачей крупного российского города) / А. С. Готлиб, В. Л. Лехциер // Социологический журнал. – 2020. – Том 26. – № 3. – С. 114–147. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.3.7398.

26. Гришина, Н. К. Социологический мониторинг в информационном обеспечении управления здравоохранением / Н. К. Гришина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 4 (16).
27. Груздев, А. А. Основания развития социальной коммуникации: методологические подходы / А. А. Груздев // Вестник КрасГАУ. – 2013. – №12.
28. Гусева, А. В. Изучение основных причин текучести кадров в коммерческих организациях и методы предотвращения текучести кадров /А. В. Гусева // Молодой ученый. – 2017. – № 15 (149). – С. 360-366.
29. Двойников, С. И. Десятилетний опыт работы отделения хирургии одного дня / С. И. Двойников, Л. А. Лазарева // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91. – № 1. – С. 104-106.
30. Демографическая ситуация. Здравоохранение в России - 2021 г. // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/Main.htm (дата обращения: 20.08.2023).
31. Демография. // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 02.06.2024).
32. Драпкина, О. М. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О. М. Драпкина, М. А. Ливзан, А. И. Мартынов и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2018. – Т. 13. – № 1.2. – С. 259-271.
33. Ежемесячная аудитория Почты Mail.ru выросла до 51 млн человек // VK. [Электронный ресурс]. URL: <https://vk.com/company/ru/press/releases/11388/> (дата обращения 27.02.2023).
34. Емельянов, С. М. Теория и практика связей с общественностью: учеб. пособие для академического бакалавриата / С.М. Емельянов. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство Юрайт. – 2018. — 231 с.

35. Заболеваемость. Здравоохранение // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 13.02.2024).

36. Забелина, О. В. Качество медицинской помощи глазами пациентов: итоги независимого онлайн-опроса. Часть II / О. В. Забелина // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2022. – № 3. – С. 352-372. DOI: 10.14515/monitoring.2022.3.2218.

37. Задворная, О. Л. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинских организаций / О. Л. Задворная, В. А. Алексеев, К. Н. Борисов // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2016. – № 3. – с. 142-149. DOI: 10.18184/2079-4665.2015.7.3.142.149.

38. Заславская, О. В. Формирование «мягких навыков» в образовательном процессе вуза как фактор развития конкурентоспособности молодого специалиста / О. В. Заславская, А. С. Малафий // Перспективы науки и образования. – 2021. – № 3 (51). – С. 115-126. DOI: 10.32744/pse.2021.3.8

39. Захаров, Н. Л. Реклама и PR как продолжение экономической конкуренции «другими средствами» / Н. Л. Захаров, М. Б. Перфильева // Реклама и PR в России: современное состояние и перспективы развития: XX Всероссийская научно-практическая конференция, 9 февраля 2023 г. — Санкт-Петербург : СПбГУП. – 2023. – С. 22-25.

40. Здравомыслов, А. Г., Ядов, В. А. Человек и его работа в СССР и после. М.: Аспект-Пресс, – 2003.

41. Здравоохранение в России 2023. // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения 13.02.2024).

42. Зубок, Ю.А. Динамика ценностей общения в коммуникативном пространстве молодежи / Ю.А. Зубок, Е.В. Чанкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2022. – № 1. – С. 18–30.

43. Имитационное моделирование деятельности современного многопрофильного медицинского учреждения / О. Э. Карпов, С. А. Субботин, М. Н. Замятин [и др.] // Вестник Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова. – 2018. – № 6. С. 57–66.

44. Интегрированные коммуникации (Основы рекламы и связей с общественностью): учебное пособие / В.А. Барежев [и др.]; под ред. А. Д. Кривоносова. – СПб.: Изд-во СПбГЭУ. – 2014. – 170 с.

45. Информационный блог НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. [Электронный ресурс]. URL: <https://nii-onco.ru/> (дата обращения 01.10.2023).

46. Камерон, К., Куинн, Р. Диагностика и изменение организационной культуры / Пер. с англ. под ред. И. В. Андреевой. — СПб: Питер. – 2001. — 320 с.

47. Кику, П.Ф. Модель организации онкологической помощи населению региона / П.Ф. Кику, Г.Н. Алексеева, О.А. Измайлова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – 61(6). – с. 284–291. DOI: [http://dx.doi: 10.18821/0044-197X-2017-61-6-284-291](http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-284-291).

48. Коблякова, Ю.М. Видимые элементы корпоративной культуры в медицинских организациях: теоретические аспекты и контент-анализ / Ю. М. Коблякова // «Телескоп»: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2023. – № 4. – С. 20-26. DOI: [10.24412/1994-3776-2023-4-20-26](https://doi.org/10.24412/1994-3776-2023-4-20-26).

49. Коблякова, Ю.М. Возможности применения социального моделирования в управлении деятельностью медицинских организаций / Ю. М. Коблякова // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета». – 2023. – №3. – С. 193-197.

50. Коблякова, Ю.М. Модели социально-профессионального взаимодействия врача с пациентом: возможности управления коммуникацией в медицине / Ю. М. Коблякова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2023. – № 3. – С. 38–43.

51. Коблякова, Ю.М. Надпрофессиональные компетенции и ценностно-смысловые ориентации сотрудников медицинских организаций / Ю. М. Коблякова

// Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета». – 2023. – №6-1. – С. 178-182.

52. Коблякова, Ю.М. Роль социальной диагностики коммуникационного потенциала персонала медицинских учреждений / Ю. М. Коблякова // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2022. – № 3. – С. 113-117. DOI: 10.24412/1994-3776-2022-3-113-117.

53. Коблякова, Ю.М. Сравнительный анализ аудитории сообществ медицинской организации в социальных сетях и ее пациентов / Ю. М. Коблякова // Социодинамика. – 2023. – № 3. – С. 22–35.

54. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012) // КонсультантПлюс. [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_174773/ (дата обращения: 19.08.2023).

55. Козина, И. М. Оценка психосоциальных рисков и качество трудовой жизни российских профессионалов / И. М. Козина, Е. В. Сережкина // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. – 2021. – № 3. – С. 21–40. DOI:10.14515/monitoring.2021.3.1891.

56. Колпина, Л. В. Социальное здоровье: определение и механизмы. Влияния на общее здоровье: обзор литературы / Л. В. Колпина // Синергия. – 2017. – № 2. – С. 73-81.

57. Коммуникационные технологии XXI века. К десятилетию кафедры коммуникационных технологий и связей с общественностью СПбГЭУ: коллективная монография / под ред. проф. А.Д. Кривоносова. – СПб. : Изд-во СПбГЭУ. –2019. – 147 с.

58. Корниенко, Д. С. Половые и возрастные различия личностной направленности пользовательской активности в социальной сети «ВКонтакте» / Д. С. Корниенко, Ф. В. Дериш, Е. Ю. Никитина // Вестник Российского университета

дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2021. – Т. № 3. – С. 631–649. DOI:10.22363/2313-1683-2021-18-3-631-649 18.

59. Красавина, А. В. Исторические аспекты развития научного представления об общественной коммуникации и коммуникационной культуре / А. В. Красавина // Вестник МГУКИ. – 2011. – №1 (39).

60. Кривоносов, А. Д., Филатова, О. Г., Шишкина, М. А. Основы теории связей с общественностью: Учебник для вузов. 2е изд. Стандарт третьего поколения. – СПб.: Питер, –2021. – 288 с.

61. Кули, Ч. Х. Человеческая природа и социальный порядок / Чарльз Хортон Кули; [Пер. с англ. под общ. науч. ред. Толстова А.Б.]. - Москва : Идея-Пресс, – 2000. – 309 с.

62. Лещенко, Я. А. Эпидемиологическая характеристика социально значимых инфекционных болезней как индикатор качества жизни населения / Я. А. Лещенко, А. А. Лисовцов, М. А. Базяева // Acta biomedica scientifica. – 2022. – № 7(2). – С. 292-303. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.2.29.

63. Лехциер, В. Л. Пациентские нарративы из ковидных отделений в социальных сетях / В. Л. Лехциер, А. С. Готлиб // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2022. – Т. 15. – Вып. 4. – С. 384–404.

DOI: 10.21638/spbu12.2022.405

64. Локальный Этический Комитет (ЛЭК) // ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.niioncologii.ru/patients/clinic-research/lec> (дата обращения: 20.08.2023).

65. Лукина, Ю. В. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутищенко, С.Ю. Марцевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – № 1. – С. 91-95.

66. Макаров, С. В. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская [и др.]// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – №29(5). – С. 1207-1213.

67. Макович, Г. В. Коммуникативные технологии в деятельности профессиональных групп / Г. В. Макович // Вопросы управления. – 2014. – №3. С. 155-160.
68. Корпоративная и организационная культура: история и понятие / Н. А. Миронова // Московский экономический журнал. – 2019 – №7. – С. 564-571.
69. Михаил Мурашко: Сотрудничество со странами БРИКС в сфере здравоохранения активно развивается. Министерство здравоохранения Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2022/06/23/18926-mihail-murashko-sotrudnichestvo-so-stranami-briks-v-sfere-zdravooxraneniya-aktivno-razvivaetsya> (дата обращения: 27.03.2023).
70. Михайлов, С. Г., Румянцева, Т. В. Повышение конкурентоспособности предприятия сферы медицинских услуг на основе эффективного управления персоналом: Монография. - СПб.: Инфо-да. – 2019. - 144 с.
71. Мугалова, Ж. А. Корпоративная культура современной организации в условиях меняющегося общества / Ж. А. Мугалова // Вестник МИЭП. – 2015. – № 3 (20). – С. 79-89.
72. Национальный проект «Здравоохранение». // Национальные проекты России. [Электронный ресурс]. URL: <https://национальныепроекты.рф/projects/zdravookhranenie> (дата обращения: 15.02.2024).
73. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями. [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/open/supervision/format> (дата обращения 05.01.2023).
74. НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова // ВКонтакте. [Электронный ресурс]. URL: <https://vk.com/niioncologii> (дата обращения 01.10.2023).
75. НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России // Одноклассники. [Электронный ресурс]. URL: <https://ok.ru/niioncology> (дата обращения 01.10.2023).

76. Номенклатура медицинских организаций. Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н. [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/70453400/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (08.05.2023).

77. Образование (информация по образовательным программам)// Сеченовский Университет. [Электронный ресурс]. URL: https://www.sechenov.ru/sveden/education/education_description/ (дата обращения 27.10.2023).

78. Образовательные программы // Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.lspbgmu.ru/sveden/education/505-sveden/7171-образовательные-программы-123> (дата обращения 27.10.2023).

79. Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение»: Приказ Минздрава России от 19.07.2022 № 495 // Справ.-правовая система «КонсультантПлюс». [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_428894/ (дата обращения: 04.02.2023).

80. Основы теории коммуникации: учебное пособие / А.В. Пряхина, А.Н. Сыркина. – СПб.: Изд-во СПбГЭУ. – 2019. – 124 с.

81. От диагностики до роботов в операционной: медики представили свои наработки на форуме в Петербурге. «Мир 24». [Электронный ресурс]. URL: <https://mir24.tv/news/16546368/ot-podgotovki-kadrov-do-iskusstvennogo-intellekta-v-operacionnoi-mediki-i-uchenye-predstavili-svoi-narabotki-na-forume-v-peterburge> (дата обращения: 27.03.2023).

82. Павлов, И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей деятельности (поведения) животных. — М.: Наука, 1973. — 661 с.

83. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) // Информационно-правовой портал «Гарант.ру». [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/> (дата обращения: 13.02.2024).

84. Пирс, Ч. С. Избранные философские произведения. Москва: Логос, – 2000. – 448 с.

85. Пискунова, В.В. Профессиональные ценностно-смысловые ориентиры медицинской сестры: проблемы диагностики и формирования / В. В. Пискунова // Вестник Прикамского социального института. – 2022. – № 1 (91). – С. 147–153.

86. Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. N 1304 «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации». [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/72833114/> (дата обращения: 08.05.2023).

87. Потемкин, В.К., Вельмисова, Д.В. Социальные технологии в системе управления. СПб.: Изд-во «Инфо-Да». – 2020. – 87 с.

88. Потемкин, В.К. Новая социальная реальность в организации инновационной деятельности в коллективе современных предприятий / В.К. Потемкин, С. А. Парсаданян // «Телескоп»: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2024. – № 1. – С. 6-12. DOI: 10.24412/1994-3776-2024-1-6-12.

89. Потемкин, В.К. Социальное здоровье населения в условиях индустриального развития среды обитания. – СПб.: «Издательство Инфо-да». – 2009. – 102 с.

90. Потемкин, В.К. Социальные проблемы человекоориентированного управления предприятиями и организациями: сборник избранных научных статей / В.К. Потемкин – СПб.: Изд-во «Инфо-Да». – 2021. – 320 с.

91. Потемкин, В.К. Социология организации и управления: учебное пособие. – СПб.: Изд-во СПбГЭУ, –2020. – 119 с.

92. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 июня 2016 г. N 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения». [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71347750/> (08.05.2023).

93. Приказ № 170 от 19.06.2018 «Об утверждении Кодекса профессиональной медицинской и корпоративной этики». [Электронный ресурс]. URL: https://www.ronc.ru/upload/iblock/af6/Prikaz-_170-ot-19.06.2018-Kodeks-professionalnoy-meditsinskoj-i-korporativnoy-etiki.pdf (дата обращения: 20.08.2023).

94. Решетников, А. В. Влияние пандемии COVID-19 на отношение пользователей интернет-пространства к профессиональной деятельности врачей в России / А. В. Решетников, Т. Е. Романова, О. П. Абаева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – 31(3). – С. 324-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-3-324-328>.

95. Родюкова, Т. Н. Специфика использования социального моделирования в управлении / Т. Н. Родюкова // Новый взгляд. Международный научный вестник. – 2015. – №8. – С. 154–163.

96. Символический интеракционизм. Перспектива и метод [Текст] / Герберт Блумер; перевод с английского Андрея Корбута; предисловие Роберта Пруса. - Москва: Элементарные формы, – 2017. – 343 с.

97. Скворцова: число женщин-врачей в РФ существенно превышает число врачей-мужчин // Новости в России и мире - ТАСС. [Электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/obschestvo/5587049> (дата обращения 02.06.2024).

98. Солодухин, К. С. Стратегии взаимодействия организации на основе использования ключевых компетенций / К. С. Солодухин, Т. Ю. Плешкова // Научно-технические ведомости СПбГПУ. – 2008. - №1. – С. 223-230.

99. Сорокин, П. А. Социальная и культурная динамика: пер. с англ., вст. статья и комментарий В.В. Сапова. – М.: Астрель, 2006. – 1176 с.
100. Социальные сети в России: цифры и тренды, осень 2022. Brand Analytics. [Электронный ресурс]. URL: <https://br-analytics.ru/blog/social-media-russia-2022/> (дата обращения: 29.03.2023).
101. Социальный мониторинг – мобильное приложение контроля соблюдения карантина. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mos.ru/city/projects/monitoring> (дата обращения 07.01.2023).
102. Спивак, В.А. Корпоративная культура: Теория и практика / В. А. Спивак. – СПб. [и др.]: Питер. – 2001. – 345 с.
103. Сычева, Т.Ю. Исследование ценностных и смысловых ориентаций представителей медицинской и педагогической специальностей / Т. Ю. Сычева // Интерэкспо Гео-Сибирь. 2012. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-tsennostnyh-i-smyslovyh-orientatsiy-predstaviteley-meditsinskoj-i-pedagogicheskoy-spetsialnostey> (дата обращения: 30.10.2023).
104. Телемедицина в России: сегодня и завтра // ВЦИОМ. [Электронный ресурс]. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/telemedicina-v-rossii-segodnya-i-zavtra> (дата обращения: 10.09.2024).
105. Теоретико-методологические основы профилактики стресса жизни среди населения // Вестник Казахского Национального медицинского университета / М.А. Камалиев, С.М. Сарабаев, Ж.К. Бурибаева [и др.]. – 2019. – № 2 (20). – С. 369-371.
106. Торндайк, Э. Бихевиоризм / Э. Торндайк, Дж.Б. Уотсон. – Москва: АСТ, 1998. – 704 с.
107. Треть пожилых людей в России являются активными пользователями интернета // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/63640> (дата обращения 25.02.2023).

108. Указ мэра Москвы № 59-УМ от 21.05.2020 «О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ» // Официальный сайт мэра Москвы. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mos.ru/authority/documents/doc/43922220/> (дата обращения 17.01.2023).

109. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России 2022–2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Проблемы и предложения / Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ, 2022. – Т. 8. – № 2. – С. 5-21.

110. Управление – это наука и искусство: А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд [Сборник / Сост. Г. Л. Подвойский]. - Москва: Республика, 1992. – 351 с.

111. ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России // Официальный сайт. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.niioncologii.ru/> (дата обращения 01.10.2023).

112. Хайруллин, И. И. Система коммуникации в крупной медицинской организации как фактор повышения ее эффективности / И. И. Хайруллин, В. В. Жаворонков, Г. Р. Маннанова // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 6. – С. 21-29.

113. Честно о раке // Дзен. [Электронный ресурс]. URL: <https://dzen.ru/niionco.ru> (дата обращения 01.10.2023).

114. Шабанова, А. С. Модели терапевтического взаимодействия врача и пациента / А. С. Шабанова, Л. В. Боговин., В. П. Колосов // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2016. – № 60. – С. 105-110.

115. Шадрина, Л. Ю. Социологический мониторинг как средство информационного сопровождения оценки эффективности социальных технологий / Л. Ю. Шадрина // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2010. – С. 319-325.

116. Шваб, К. Четвертая промышленная революция. – М.: Эксмо, – 2016.

117. Шейн, Э. Организационная культура и лидерство / Пер. с англ. под ред. В. А. Спивака. — СПб: Питер. – 2002. – 336 с.

118. Шлейермахер, Ф. Герменевтика / Ф. Шлейермахер ; пер. с нем. А.Л. Вольского ; науч. ред. Н.О. Гучинская. – СПб. : Европейский Дом, 2004. – 242 с.
119. Шюц, А. Мир, светящийся смыслом / Пер. с нем. и англ. — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. — 1056 с.
120. Этический кодекс ВКО многопрофильный «Центр онкологии и хирургии». [Электронный ресурс]. URL: <https://onko-vko.kz/assets/files/doc/etikakodex.pdf> (дата обращения: 20.08.2023).
121. Ядов В. А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования социальной идентичности личности / В. А. Ядов // Мир России. Социология. Этнология. – 1995. – №3-4. – С. 158-181.
122. Яковлева, И. В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект / И. В. Яковлева // Государственное управление. Электронный вестник. [Электронный ресурс]. URL: http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item/59_2016yakovleva.htm (дата обращения: 22.02.2022).
123. Cheng, B. A review of communication models and frameworks in a healthcare context / B. Cheng, S. Bridges, C. Yiu, C. McGrath // Dental Update. – 2015. – Vol, 42. – no. 2. – P. 185–191. DOI: <https://doi.org/10.12968/denu.2015.42.2.185>.
124. Coiera, E. Communication Systems in Healthcare / E. Coiera // Clin Biochem Rev. – 2006 May. – 27(2). – P. 89-98.
125. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations / P. Vermeir, D. Vandijck, S. Degroote et al // The international journal of clinical practice. – 2015. – 69(11). – P.1257-1267.
126. Chichirez, C. M. Interpersonal communication in healthcare / C. M. Chichirez, V. L. Purcărea // Journal of Medicine and Life. – 2018. – 11.
127. Griffiths, F. Social networks – The future for health care delivery. / F. Griffiths, J. Cave, F. Boardman et al // Social Science & Medicine. – 2012. – V. 75. – P. 2233-2241.

128. Digital 2023: global overview report // DataReportal. [Электронный ресурс]. URL: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report> (дата обращения 27.02.2023).

129. Durkheim, E. Sociology and Philosophy. Taylor & Francis e-Library. – 2009. [Электронный ресурс]. URL: <https://anarch.cc/uploads/emile-durkheim/sociology-and-philosophy.pdf> (дата обращения: 02.06.2024).

130. Elrod, J. K. Integrated marketing communications: a strategic priority in health and medicine/ James K. Elrod, John L. Fortenberry Jr. // BMC Health Services Research. – 2020. – 20 (Suppl 1):825. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05606-7>.

131. Elrod, J. K. Foundational elements of communication in health and medicine: avenues for strengthening the marketing communications mix / James K. Elrod, John L. Fortenberry Jr. // BMC Health Services Research. – 2020. – 20 (Suppl 1):823. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05604-9>.

132. Emanuel, E. Four models of the physician-patient relationship / E. Emanuel, L. Emanuel // JAMA: The Journal of the American Medical Association. – 1992. – Vol. 267. – No. 16. – P. 2221–2226. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.

133. Fischer F. Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology – a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research / F. Fischer, S. Helmer, A. Rogge et al // BMC Cancer. – 2019. – Volume 19: 808. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6022-5>.

134. Foronda, C. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review // C. Foronda, B. MacWilliams, E. McArthur// Nurse Education in Practice. – 2016. – Volume 19. – p. 36-40. DOI: [10.1016/j.nepr.2016.04.005](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005).

135. He, Q. Analysis of the instrumental problem of doctor-patient relationship in doctor-patient communication / Q. He, Y. Zhang // MATEC Web of Conferences. – 2024. – 395. DOI:[10.1051/matecconf/202439501062](https://doi.org/10.1051/matecconf/202439501062).

136. Hnatyshyn, S. I. Formation of professional and communicative competence for masters of medicine in university conditions / S. I. Hnatyshyn, O. I. Novitska, N. Ya. Oliinyk // *Медична освіта*. – 2022. – № 3. – p. 82-87.
137. Hofstede, G. *Culture's Consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed.). — Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. – 2001.
138. Jongen, P. J. *Information and Communication Technology Medicine: Integrative Specialty for the Future of Medicine* // *Interactive Journal of Medical Research*. – 2023. – № 12(1). DOI:10.2196/42831.
139. Kaba, R. The evolution of the doctor-patient relationship / R. Kaba, P. Sooriakumaran // *International Journal of Surgery*. – 2007. – Vol. 5 – no. 1. – P. 57–65 (63).
140. Lampus, N. S. Correlation between Doctor-Patient Communication with Patient Satisfaction and Loyalty / N. S. Lampus, D. Wuisan // *Medical Scope Journal*. – 2024. – №6 (2). – p. 149-158.
141. Mango, L. Doctor-Patient Relationship and Communication in Nuclear Medicine / L. Mango // *HSOA Journal of Nuclear Medicine Radiology & Radiation Therapy*. – 2024. – Vol. 8. – 036. DOI:10.24966/NMRR-7419/100036.
142. Morley, L. Collaboration in Health Care / L. Morley, A. Cashell // *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. – 2017. – 48.
143. O'Brien, N. The Role of Social Networking in Healthcare / N. O'Brien, J. Tan, Y. Yuan // *49th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS)*. – 2016.
144. Prip A. The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review /A. Prip, K. A. Mller, D. L. Nielsen et al // *Cancer Nursing*. – 2017. DOI:10.1097/NCC.0000000000000533.
145. Rosenblueth, A., Wiener, N. The Role of Models in science // *Philosophy of Science*. – 1945. – Vol. 12. – № 4. – P. 316-321.

146. Sheldon L. K. Communication in Oncology Care: The Effectiveness of Skills Training Workshops for Healthcare Providers/ L. K. Sheldon // *Clinical Journal of Oncology Nursing*. – 2005. – 9(3). P. 305-312. DOI:10.1188/05.CJON.305-312.

147. Skarbaliënė, A. Effective communication in the healthcare settings: are the graduates ready for it? / A. Skarbaliënė, E. Skarbalius, L. Gedrimė // *Journal of Contemporary Management Issues*. – 2019. – 24.

148. Toulmin, S. The philosophy of science. An Introduction. New York, –1960.

149. Vazquez, F. Modeling and Analysis of Social Phenomena: Challenges and Possible Research Directions // *Entropy*. – 2022. – № 24 (4). [Электронный ресурс]. URL:

https://www.researchgate.net/publication/359652345_Modeling_and_Analysis_of_Social_Phenomena_Challenges_and_Possible_Research_Directions (дата обращения 17.03.2023).

150. Watson, John B. Behaviorism. New York : W. W. Norton. – 1925. – 251 p.

151. Wexner, Steven D. Врач в социальных сетях: возможности или ограничения? / Steven D. Wexner, Р.Р. Мухарямова, Б.Н. Башанкаев // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2018. – № 8. – С. 78-82.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

АНКЕТА ОПРОСА КОММУНИКАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С РАБОТНИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ»

(Пилотажное исследование социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг)

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в анкетировании, посвященном **получению медицинских услуг.**

Все ваши ответы анонимны и будут использованы только в обобщенном виде. Каждый ваш ответ очень важен.

1. Ваш пол

- Женский
- Мужской

2. Ваш возраст

- младше 18
- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65
- 66 и старше

3. В каком населенном пункте вы проживаете?

- Москва
- Санкт-Петербург
- Город-миллионник (население свыше 1 млн чел. – Новосибирск, Екатеринбург, Казань, Нижний Новгород, Челябинск, Красноярск, Самара, Уфа, Ростов-на-Дону, Омск, Краснодар, Воронеж, Пермь, Волгоград)
- Город с населением от 500 тыс. до 1 млн человек
- Город с населением от 200 тыс. до 500 тыс. человек
- Город с населением от 50 тыс. до 200 тыс. человек
- Город с населением менее 50 тыс. человек

- Сельская местность (поселок, деревня и т.д.)
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

4. Ваш род занятий и деятельности (возможно несколько вариантов ответа)

- Предприниматель/самозанятый
- Фрилансер
- Военнослужащий/служащий правоохранительных органов
- Госслужащий
- Топ-менеджер/директор и т.д.
- Руководитель среднего звена
- Служащий, специалист (менеджер, преподаватель, врач, инженер, бухгалтер и т.д.)
- Рабочий, разнорабочий, работник сферы обслуживания (продавец, кондуктор, официант, уборщик, работник буфета и т.д.)
- Аспирант, ординатор и т.д.
- Студент
- Учащийся
- Работник творческой профессии (художник, музыкант, актер и т.д.)
- Пенсионер
- Нахожусь в декрете
- Не работаю / домохозяйка

5. Укажите наивысший уровень полученного вами образования

- Основное общее или полное (среднее) общее
- Среднее профессиональное
- Бакалавриат
- Магистратура
- Специалитет
- Высшее медицинское образование (базовое)
- Ординатура или аспирантура
- Степень кандидата наук
- Степень доктора наук
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

6. У вас есть дети?

- Да
- Нет

7. Можете ли вы сказать, что следите за своим здоровьем?

- Да
- Скорее да
- Нейтральный ответ
- Скорее нет
- Нет

8. В какие медицинские организации вы чаще всего обращаетесь за медицинской помощью?

- Государственные учреждения – поликлиники, институты, НИИ и т.д.: бесплатный прием
- Государственные учреждения – поликлиники, институты, НИИ и т.д.: платный прием
- Частные медицинские центры и клиники
- Ориентируюсь на рекомендации знакомых и отзывы в Интернет (не имеет значения, государственный медицинский институт или частная клиника)
- Пользуюсь медицинскими услугами за границей
- Предпочитаю средства народной медицины / не посещаю врачей

9. Как часто (примерно) вы посещаете медицинские учреждения для получения медицинских услуг, посещения приема врачей-специалистов, сдачи анализов?

- Ежемесячно
- Раз в несколько месяцев
- 1 раз в полгода
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- Реже 1 раза в 2 года

10. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены качеством оказываемых услуг? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют и общаются медицинские работники – врачи, медсестры? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. Насколько по 5-ти бальной шкале вы довольны тем, как с вами взаимодействуют и общаются административные работники медицинских центров – администратор, операторы call-центра организаций, медицинский регистратор, сотрудник гардероба и т.д.? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. Какие проблемы во взаимодействии с медицинскими работниками – врачами, медсестрами) в медицинских учреждениях вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Недостаточно времени на прием / не успеваю задать все вопросы
- Мне кажется, что мне задают недостаточно много вопросов, чтобы узнать всю ситуацию
- Мне дают недостаточно разъяснений по поводу моей болезни/ проблем и рекомендаций
- Медицинские работники безучастны, недостаточно меня понимают и слышат
- Медицинские работники недостаточно дружелюбны, очень сдержаны или могут грубить
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

14. Какие проблемы во взаимодействии с административными, немедицинскими работниками в медицинских учреждениях (администратор, операторы call-центра организаций, медицинский регистратор, сотрудник гардероба и т.д.) вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Персонал безучастен, недостаточно меня понимает и слышит
- Мне кажется, что мне не задают важных вопросов, чтобы узнать всю ситуацию
- Персонал недостаточно дружелюбен и может грубить
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

15. Удовлетворены ли в целом уровнем оказания медицинской помощи, которую вы получаете?

- Да
- Скорее да
- Затрудняюсь ответить
- Скорее нет
- Нет

Результаты опроса

Пилотажное исследование социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг в рамках анкетирования потребителей медицинских услуг показало следующие результаты.

Выборка для *опроса потребителей медицинских услуг* составила 296 респондентов, 129 мужчин и 167 женщин (рисунок А.1) разных возрастных групп, что соотносится с общей гендерной структурой населения России (68 092 712 и 78 354 712 мужчин и женщин на 2023 г. соответственно).¹

Жители городов составили 78,4 % опрошенных, 21,6 % – жители сельской местности и городов с населением менее 50 тыс. человек суммарно, что

¹ Демографический ежегодник России. 2023: Стат.сб./ Росстат. - М., 2023. – 256 с.

соотносится с долей городского населения в общей численности населения страны на 1 января 2024 года, которая составляет 74,9 %. ²

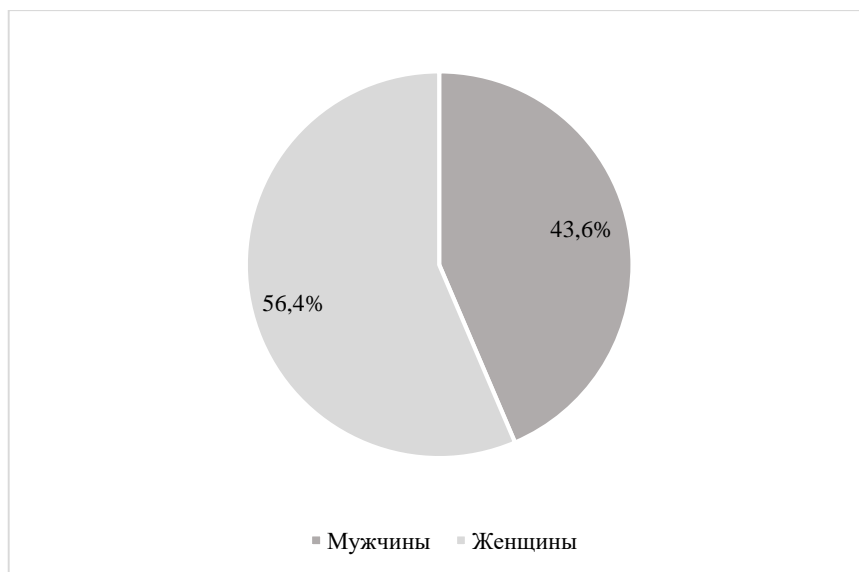


Рисунок А.1 – гендерная структура выборки опроса, в %

Более половины респондентов (54,7%) заявили, что они в целом заботятся о своем здоровье, а 18,9% ответили, что они активно следят за своим здоровьем. С другой стороны, 9,5% респондентов заявили, что они не особенно заботятся о своем здоровье, а менее 1% ответили, что они вообще не заботятся о своем здоровье. Кроме того, около 16% опрошенных не смогли дать четкий ответ на этот вопрос. (рисунок А.2).

Практически равное число респондентов предпочитают посещать бесплатный прием врачей-специалистов в государственных медицинских учреждениях и прием в частных медицинских клиниках и центрах – 36,3 % и 38,3 % соответственно. Сообщили, что вне зависимости от статуса медицинской организации (государственная или частная) ориентируются на рекомендации знакомых и отзывы в Интернет около 14,2 % опрошенных.

² Демография. // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 02.06.2024).

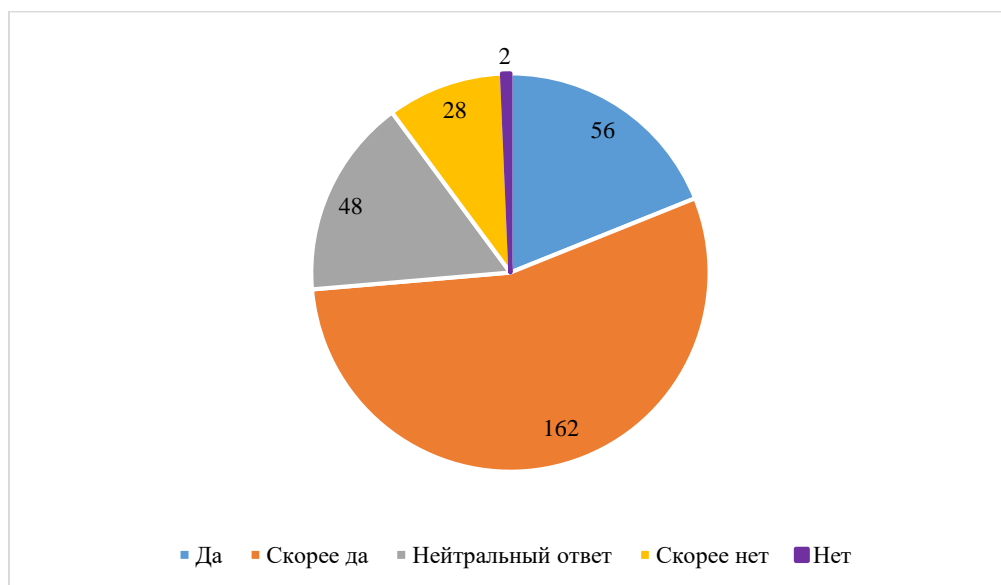


Рисунок А.2 – Ответ респондентов на вопрос «Можете ли вы сказать, что следите за своим здоровьем?»

Результаты исследования показали, что опрошенные в целом довольны или умеренно довольны качеством оказания медицинской помощи, высоко оценили комфорт коммуникации с медицинскими работниками, а коммуникация с административным и вспомогательным персоналом оценивается респондентами как менее качественная и комфортная.

Среди проблем в коммуникации с медицинскими работниками половина всех респондентов в той или иной степени отметила ряд сложностей. Сводные данные по результатам данного вопроса представлены в таблице А.

Таблица А – Группы проблем, выделяемые потребителями медицинских услуг во взаимодействии медицинскими работниками, %

Отмеченные проблемы во взаимодействии	Ответы респондентов, %
Уровень развития soft-skills	40,5%
Профессиональное выгорание	32,4%
Недостаточное информирование	37,8%
Недостаточная длительность взаимодействия	27,7%
Квалификационные проблемы	18,2%

Приложение Б

АНКЕТА ОПРОСА КОММУНИКАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ С КОЛЛЕГАМИ И ПОТРЕБИТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ» (Пилотажное исследование социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг)

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в анкетировании, посвященном вопросам взаимодействия с коллегами и пациентами.

Все ваши ответы анонимны и будут использованы только в обобщенном виде. Каждый ваш ответ очень важен.

1. Ваш пол

- Женский
- Мужской

2. Ваш возраст

- младше 18
- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65
- 66 и старше

3. В каком населенном пункте вы проживаете?

- Москва
- Санкт-Петербург
- Город-миллионник (население свыше 1 млн чел. – Новосибирск, Екатеринбург, Казань, Нижний Новгород, Челябинск, Красноярск, Самара, Уфа, Ростов-на-Дону, Омск, Краснодар, Воронеж, Пермь, Волгоград)
- Город с населением от 500 тыс. до 1 млн человек
- Город с населением от 200 тыс. до 500 тыс. человек

- Город с населением от 50 тыс. до 200 тыс. человек
- Город с населением менее 50 тыс. человек
- Сельская местность (поселок, деревня и т.д.)
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

4. Ваш род деятельности в медицинской сфере

- Старший медицинский персонал (врач, фармацевт)
- Средний медицинский персонал (медицинская сестра, медицинский брат)
- Младший медицинский персонал (санитар, санитар-водитель, сестра-хозяйка, младшая медицинская сестра по уходу за больными)
- Административный работник в медицинской организации, непосредственно взаимодействующий с пациентами: администратор, операторы call-центра, медицинский регистратор и т.д.
- Аспирант, ординатор
- Студент-медик
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

5. Укажите наивысший уровень полученного вами образования

- Основное общее или полное (среднее) общее
- Среднее профессиональное
- Бакалавриат
- Магистратура
- Специалитет
- Высшее медицинское образование (базовое)
- Ординатура
- Аспирантура
- Степень кандидата наук
- Степень доктора наук
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

6. У вас есть дети?

- Да
- Нет

7. Вы работаете в государственной медицинской организации или в частном медицинском центре?

Если вы совмещаете работу в государственных и частных медицинских центрах, выберите то место работы, которое вы считаете основным. В дальнейшем речь пойдет о нем.

- Государственные учреждения – поликлиники, институты, НИИ и т.д.
- Частные медицинские центры и клиники

8. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены качеством медицинских услуг, которые оказывает организация, в которой вы работаете? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

9. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют другие медицинские работники – врачи, медсестры, младший медицинский персонал? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

10. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют пациенты? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5

11. Как часто вы используете современные профессиональные и межпрофессиональные коммуникации в вашей непосредственной деятельности по предоставлению медицинских услуг населению?

- Постоянно
- Время от времени/ при необходимости
- Иногда/ редко
- Не использую
- Вопрос непонятен

12. Какие проблемы во взаимодействии с другими медицинскими работниками – врачами, медсестрами и т.д.) вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Недостаточная квалификация коллег
- Отсутствие командного духа, излишний индивидуализм
- Конфликтность
- Коллеги безучастны, недостаточно меня понимают и слышат
- Коллеги недостаточно дружелюбны, очень сдержаны или могут грубить
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

13. Какие проблемы во взаимодействии с пациентами вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Низкая медицинская грамотность самих пациентов
- Безынициативность пациентов
- Не соблюдают рекомендации врачей
- Не доверяют врачам, занимаются самолечением
- Делают «самоназначения» сложных препаратов
- Часто ведут себя грубо, хамят
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

14. Какие положительные черты пациентов, которые помогают совместно своевременно вылечить болезнь и получить хороший результат лечения, вы могли бы отметить для себя? Какие их качества могут помочь вам выполнять свою работу на высоком уровне? (возможно несколько вариантов ответа)

- Дружелюбие
- Сдержанность
- Внимательность и дотошность, подробные вопросы ко мне
- Более уважительное отношение
- Более высокий уровень заинтересованности
- Более высокий уровень доверия рекомендациям врачей
- Меня все устраивает, как есть сейчас
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

15. Какими социальными сетями и мессенджерами вы пользуетесь? (отметьте все подходящие варианты)

- ВКонтакте
- Одноклассники
- Дзен
- WhatsApp
- Telegram
- Viber
- Не использую социальные сети и мессенджеры
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

Результаты опроса

Пилотажное исследование социальной эффективности взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг в рамках анкетирования потребителей медицинских услуг показало следующие результаты.

Выборка для *опроса медицинских работников* составила 60 респондентов, среди которых 11 мужчин и 49 женщин (рисунок Б.1) разных возрастных групп,

что соотносится с общей гендерной структурой медицинских кадров в Российской Федерации.³



Рисунок Б.1 – гендерная структура выборки опроса, в %

Жители городов составили 78,3 % опрошенных, 21,7 % – жители сельской местности и городов с населением менее 50 тыс. человек суммарно, что соотносится с долей городского населения в общей численности населения страны на 1 января 2024 года, которая составляет 74,9 %.

Среди опрошенных 40% составляет старший медицинский персонал, 26,7% – средний медицинский персонал, 20% - ординаторы и аспиранты медицинских организаций (рисунок Б.2)

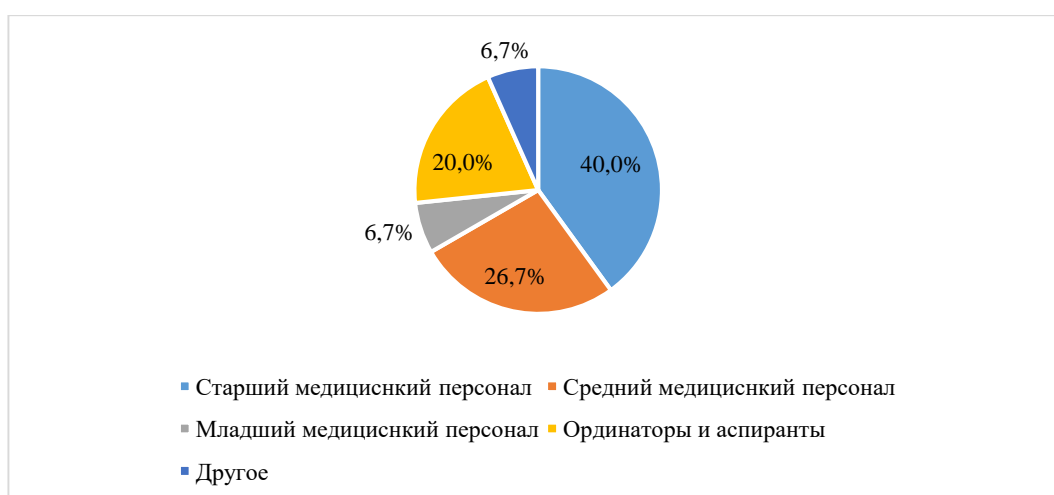


Рисунок Б.2– структура выборки по группам должностей, в %

³ Скворцова: число женщин-врачей в РФ существенно превышает число врачей-мужчин // Новости в России и мире - ТАСС <https://tass.ru/obschestvo/5587049> (дата обращения 02.06.2024).

Результаты анкетирования показали, что 68,3% медицинских работников в целом довольны качеством оказания медицинской помощи организацией, в которой они осуществляют свою профессиональную деятельность, причем коммуникаций с другими медицинскими работниками респонденты довольны в большей степени, чем взаимодействию и коммуникацией с пациентами.

Вопрос о применении в своей ежедневной практике современных профессиональных и межпрофессиональных коммуникаций вызвал непонимание (выбор ответа «Вопрос непонятен») у 21,7% опрошенных, что говорит о соответствующем уровне осведомленности и профессиональной грамотности медицинских работников (рисунок Б.3). Постоянно используют такие коммуникации 8,3 % опрошенных, при необходимости – 55 %, редко – 15 %.

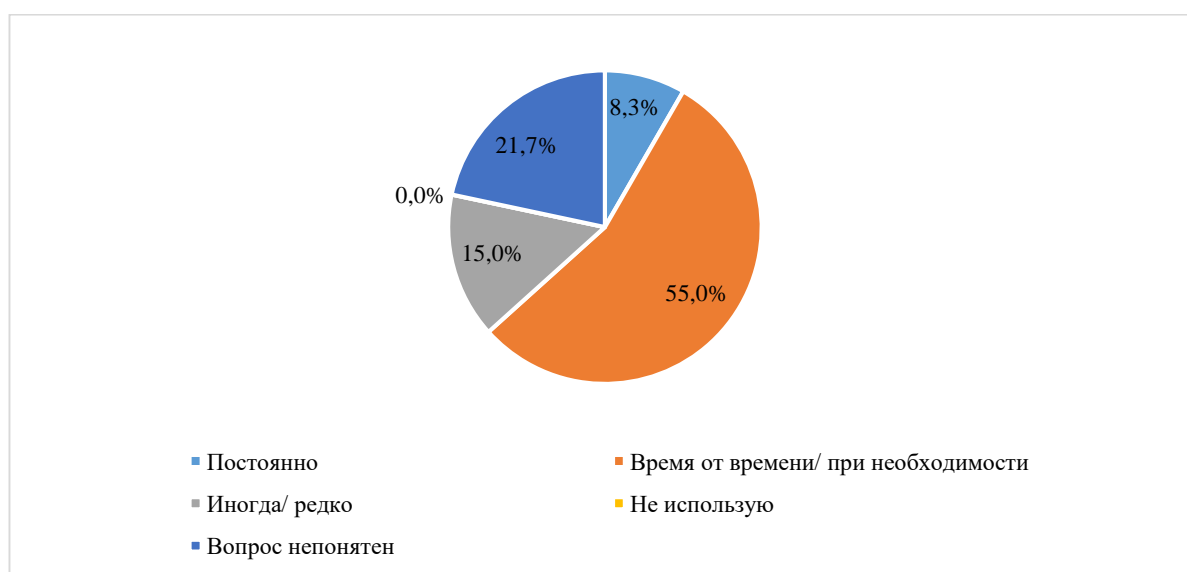


Рисунок Б.3 – Частота использования в своей ежедневной практике современных профессиональных и межпрофессиональных коммуникаций по оценке респондентов, в %

Значительная доля респондентов среди основных проблем в коммуникации с потребителями медицинских услуг отмечала следующее: несоблюдение рекомендаций врачей, недоверие врачам, самолечение, «самоназначения»

серьезных препаратов. Сводные данные по результатам данного вопроса представлены в таблице Б.1.

Таблица Б.1 – Группы проблем, выделяемые медицинскими работниками во взаимодействии с потребителями медицинских услуг, %

Отмеченные проблемы во взаимодействии	Ответы респондентов, %
Низкая базовая медицинская грамотность	26,7%
Низкий уровень приверженности лечению	56,7%
Безучастность и безынициативность, равнодушие к своему здоровью	46,7%
Грубость во взаимодействии	20,0%

Опрашиваемым респондентам – потребителям медицинских услуг (см. Приложение А) и медицинским работникам (Приложение Б) было предложено перекрестно оценить качество и комфорт взаимодействия друг с другом, результаты оценки представлены в таблице Б.2.

Таблица Б.2 – Оценка уровня удовлетворенности взаимодействием

Результаты оценки удовлетворенности взаимодействием	Доля респондентов, выбравших соответствующую оценку	
	Медицинские работники	Потребители медицинских услуг
Оценка по шкале*		
1	0,0%	2,7%
2	13,3%	13,5%
3	16,7%	21,6%
4	40,0%	35,1%
5	30,0%	27,0%

* оценка 1 – крайне разочарован, а 5 – полностью удовлетворен

Так, справедливо сказать, что медицинские работники в целом в большей степени удовлетворены взаимодействием с пациентами, чем пациенты коммуникацией с медицинскими работниками.

Приложение В

АНКЕТА ОПРОСА КОММУНИКАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С РАБОТНИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ»

*Исследование коммуникации персонала медицинских организаций с
потребителями медицинских услуг)*

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в анкетировании, посвященном **получению медицинских услуг.**

Все ваши ответы анонимны и будут использованы только в обобщенном виде. Каждый ваш ответ очень важен.

1. Ваш пол

- Женский
- Мужской

2. Ваш возраст

- младше 18
- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65
- 66 и старше

3. В каком населенном пункте вы проживаете?

- Москва
- Санкт-Петербург
- Город-миллионник (население свыше 1 млн чел. – Новосибирск, Екатеринбург, Казань, Нижний Новгород, Челябинск, Красноярск, Самара, Уфа, Ростов-на-Дону, Омск, Краснодар, Воронеж, Пермь, Волгоград)
- Город с населением от 500 тыс. до 1 млн человек
- Город с населением от 200 тыс. до 500 тыс. человек
- Город с населением от 50 тыс. до 200 тыс. человек
- Город с населением менее 50 тыс. человек

- Сельская местность (поселок, деревня и т.д.)
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

4. Ваш род занятий и деятельности (возможно несколько вариантов ответа)

- Предприниматель/самозанятый
- Фрилансер
- Военнослужащий/служащий правоохранительных органов
- Госслужащий
- Топ-менеджер/директор и т.д.
- Руководитель среднего звена
- Служащий, специалист (менеджер, преподаватель, врач, инженер, бухгалтер и т.д.)
- Рабочий, разнорабочий, работник сферы обслуживания (продавец, кондуктор, официант, уборщик, работник буфета и т.д.)
- Аспирант, ординатор и т.д.
- Студент
- Учащийся
- Работник творческой профессии (художник, музыкант, актер и т.д.)
- Пенсионер
- Нахожусь в декрете
- Не работаю / домохозяйка

5. Укажите наивысший уровень полученного вами образования

- Основное общее или полное (среднее) общее
- Среднее профессиональное
- Бакалавриат
- Магистратура
- Специалитет
- Высшее медицинское образование (базовое)
- Ординатура или аспирантура
- Степень кандидата наук
- Степень доктора наук
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

6. У вас есть дети?

- Да
- Нет

7. Можете ли вы сказать, что следите за своим здоровьем?

- Да
- Скорее да
- Нейтральный ответ
- Скорее нет
- Нет

8. В какие медицинские организации вы чаще всего обращаетесь за медицинской помощью?

- Государственные учреждения – поликлиники, институты, НИИ и т.д.: бесплатный прием
- Государственные учреждения – поликлиники, институты, НИИ и т.д.: платный прием
- Частные медицинские центры и клиники
- Ориентируюсь на рекомендации знакомых и отзывы в Интернет (не имеет значения, государственный медицинский институт или частная клиника)
- Пользуюсь медицинскими услугами за границей
- Предпочитаю средства народной медицины / не посещаю врачей

9. Как часто (примерно) вы посещаете медицинские учреждения для получения медицинских услуг, посещения приема врачей-специалистов, сдачи анализов?

- Ежемесячно
- Раз в несколько месяцев
- 1 раз в полгода
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года
- Реже 1 раза в 2 года

10. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены качеством оказываемых услуг? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют и общаются медицинские работники – врачи, медсестры? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. Насколько по 5-ти бальной шкале вы довольны тем, как с вами взаимодействуют и общаются административные работники медицинских центров – администратор, операторы call-центра организаций, медицинский регистратор, сотрудник гардероба и т.д.? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. Какие проблемы во взаимодействии с медицинскими работниками – врачами, медсестрами) в медицинских учреждениях вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Недостаточно времени на прием / не успеваю задать все вопросы
- Мне кажется, что мне задают недостаточно много вопросов, чтобы узнать всю ситуацию
- Мне дают недостаточно разъяснений по поводу моей болезни/ проблем и рекомендаций
- Медицинские работники безучастны, недостаточно меня понимают и слышат
- Медицинские работники недостаточно дружелюбны, очень сдержаны или могут грубить
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

14. Какие проблемы во взаимодействии с административными, немедицинскими работниками в медицинских учреждениях (администратор,

операторы call-центра организаций, медицинский регистратор, сотрудник гардероба и т.д.) вы бы могли отметить для себя? (возможно несколько вариантов ответа)

- Персонал безучастен, недостаточно меня понимает и слышит
- Мне кажется, что мне не задают важных вопросов, чтобы узнать всю ситуацию
- Персонал недостаточно дружелюбен и может грубить
- Проблем в общении нет
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

15. Какие положительные черты сотрудников медицинских учреждений – медработников и административного персонала – вы могли бы отметить для себя? Какие качества могут помочь им выполнять свою работу на высоком уровне? (возможно несколько вариантов ответа)

- Дружелюбие
- Сдержанность
- Участие и понимание к пациентам
- Строгость
- Внимательность и дотошность, подробные вопросы к пациенту
- Индивидуальный подход в выборе тактики лечения и стиля общения
- Более уважительное отношение
- Отношение как к другу, коллеге
- Более высокий уровень профессионализма
- Меньше работы с компьютером и больше – с пациентом
- Меня все устраивает, как есть сейчас
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

16. Что для вас важно при выборе врача? (возможно несколько вариантов ответа)

- Внешний вид
- Стаж работы
- Звания и регалии
- На лечении каких заболеваний по своей специальности врач специализируется
- Стоимость приема
- Возможность записаться на ближайший день
- Близость к дому/ работе
- Отзывы о враче в Интернет
- Положительные отзывы близких и знакомых

- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

17. Что для вас важно при выборе медицинской клиники? (возможно несколько вариантов ответа)

- Стоимость приема
- Возможность записаться на ближайший день
- Близость к дому/ работе
- Отзывы о клинике в Интернет
- Положительные отзывы близких и знакомых
- Государственная это клиника или частный медицинский центр
- Как давно работает эта клиника
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

18. Удовлетворены ли в целом уровнем оказания медицинской помощи, которую вы получаете?

- Да
- Скорее да
- Затрудняюсь ответить
- Скорее нет
- Нет

19. Какими социальными сетями и мессенджерами вы пользуетесь? (отметьте все подходящие варианты)

- ВКонтакте
- Одноклассники
- Дзен
- WhatsApp
- Telegram
- Viber
- Не использую социальные сети и мессенджеры
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

Результаты опроса

Исследование взаимодействия персонала медицинских организаций с потребителями медицинских услуг в рамках анкетирования потребителей медицинских услуг показало следующие результаты.

Выборка составила 460 респондентов, 192 мужчины и 268 женщин (рисунок В.1) разных возрастных групп, что соотносится с общей гендерной структурой населения России (68 092 712 и 78 354 712 мужчин и женщин на 2023 г. соответственно).⁴

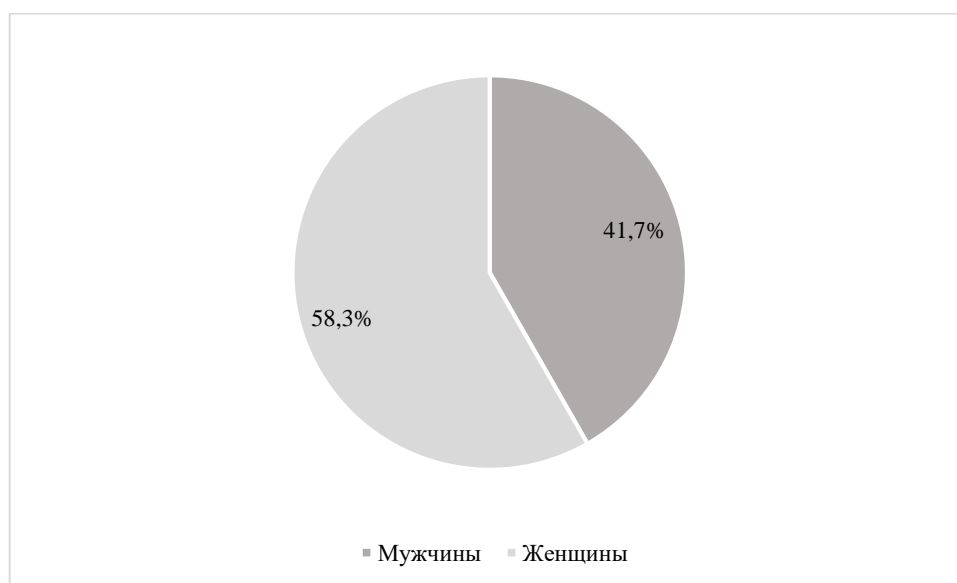


Рисунок В.1 – гендерная структура выборки опроса, в %

Жители городов составили 74,8 % опрошенных, 25,2 % – жители сельской местности и городов с населением менее 50 тыс. человек суммарно, что соотносится с долей городского населения в общей численности населения страны на 1 января 2024 года, которая составляет 74,9 %.⁵

⁴ Демографический ежегодник России. 2023: Стат.сб./ Росстат. - М., 2023. – 256 с.

⁵ Демография. // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 02.06.2024).

На вопрос «Можете ли вы сказать, что следите за своим здоровьем?» 55,4 % респондентов ответило «Скорее да», 17,2 % «Да», 9,1 % – «Скорее нет», менее 1 % дало ответ «Нет» и 17,6 % опрошенных затруднилось выразить четкую позицию (рисунок В.2).

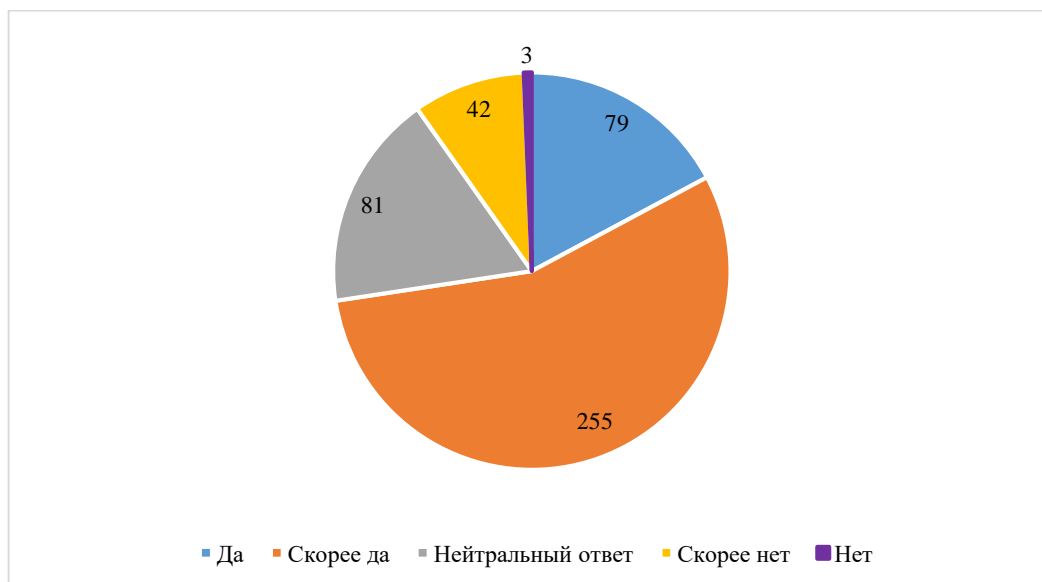


Рисунок В.2 – Ответ респондентов на вопрос «Можете ли вы сказать, что следите за своим здоровьем?»

Ответ на вопрос «Услугами каких медицинских организаций вы предпочитаете пользоваться?» показал следующее: практически равное число респондентов предпочитают посещать бесплатный прием врачей-специалистов в государственных медицинских учреждениях (поликлиниках, институтах, НИИ и т.д.) и прием в частных медицинских клиниках и центрах – 39,6 % и 36,5 % соответственно). Сообщили, что не обращают внимание на статус медицинской организации (государственная или частная) и ориентируются на рекомендации знакомых и отзывы в Интернет около 14,6 % опрошенных.

Большинство респондентов выделяли следующие положительные черты сотрудников медицинских учреждений, которые способны помочь в улучшении качества коммуникационного взаимодействия с ними: индивидуальный подход в выборе тактики лечения и стиля общения; внимательность, доброжелательность

специалиста, подробные вопросы к пациенту; участие и понимание по отношению к пациентам; высокий уровень профессионализма; дружелюбие.

Результаты проведенного анкетирования показали, что в процессе выбора врача-специалиста и медицинской организации потенциальные потребители медицинских услуг ориентируются на определенные аспекты, характеризующие восприятие ими медицинского персонала и медицинских организаций (таблица В.1)

Таблица В.1 – Выделенные значимые характеристики восприятия, %

Значимые характеристики восприятия	Доля респондентов, выбравших соответствующую характеристику
Специализация и профилизация	76,5%
Личные рекомендации	56,5%
Опосредованные рекомендации	51,3%
Профессиональный стаж	46,5%
Стоимость услуг	46,5%
Возможность оперативного приема	43,0%
Территориальная близость	43,0%
Внешние характеристики	10,0%
Научные звания и регалии	10,0%

Также исследование показало, что для обеспечения повышения качества социально-профессионального взаимодействия персонала медицинских учреждений с потребителями медицинских услуг необходимо воздействие на повышение уровня осведомленности о факторах риска заболеваний среди потенциальных пациентов медицинских учреждений; повышение уровня приверженности лечению реальных пациентов медицинских учреждений; повышение уровня надпрофессиональных навыков (soft skills) врачей-специалистов, в частности, коммуникативных; регулярное повышение профессиональной квалификации медицинских работников (таблица В.2).

Таблица В.2 – Факторы воздействия, %

Фактор воздействия	Доля респондентов
Повышение уровня осведомленности о факторах риска заболеваний	21,3%
Повышение уровня приверженности лечению	26,5%
Повышение уровня надпрофессиональных навыков врачей-специалистов	31,7%
Повышение профессиональной квалификации медицинских работников	20,4%

Приложение Г

АНКЕТА ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА РУКОВОДИТЕЛЕЙ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»

Уважаемый респондент!

Просим вас принять участие в анкетировании, посвященном **взаимодействию в медицинском учреждении.**

Все ваши ответы анонимны и будут использованы только в обобщенном виде. Каждый ваш ответ очень важен.

1. Ваш пол

- Женский
- Мужской

2. Ваш возраст

- младше 18
- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65
- 66 и старше

3. В каком населенном пункте вы проживаете?

- Москва
- Санкт-Петербург
- Другой город-миллионник
- Крупный город
- Небольшой город
- Сельская местность (поселок, деревня и т.д.)
- Другое: _____ (*впишите ваш ответ*)

5. Укажите наивысший полученного вами образования и ученой степени

- Основное общее или полное (среднее) общее

- Среднее профессиональное
- Бакалавриат
- Магистратура
- Специалитет
- Высшее медицинское образование (базовое)
- Ординатура
- Аспирантура
- Степень кандидата наук
- Степень доктора наук
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

6. Подразделение, которым вы руководите (возможно несколько вариантов ответа)

- Клиническое подразделение
- Амбулаторное подразделение
- Научное подразделение
- Немедицинское подразделение (административное, хозяйственное и т.п.)
- Другое: _____ (впишите ваш ответ)

7. Как часто вы используете современные профессиональные и межпрофессиональные коммуникации в вашей непосредственной деятельности по предоставлению медицинских услуг населению?

- Постоянно
- Время от времени/ при необходимости
- Иногда/ редко
- Не использую
- Вопрос непонятен

8. Есть ли в организации, где вы работаете, Кодекс профессиональной этики для медицинского персонала/ утвержденные Правила деловой этики и т.п.?

- Да
- Нет
- Такой документ находится в разработке
- Затрудняюсь ответить / Не знаю
- Вопрос непонятен

9. Нужен ли в организации, где вы работаете, Кодекс профессиональной этики для медицинского персонала/ утвержденные Правила деловой этики и т.п.?

- Да
- Нет

10. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены качеством медицинских услуг, которые оказывает организация, в которой вы работаете? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

11. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют коллеги-медицинские работники – врачи, медсестры, младший медицинский персонал? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. Какие проблемы во взаимодействии с коллегами-медицинскими работниками – врачами, медсестрами и т.д.) вы бы могли отметить для себя?

- _____ (впишите ваш ответ)

13. В своей работе вы взаимодействуете с пациентами?

- Да
- Опосредованно
- Нет

14. Насколько по 5-ти бальной шкале вы удовлетворены тем, как с вами взаимодействуют пациенты? (где 1 – крайне разочарован, а 5 – все полностью устраивает)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Какие проблемы во взаимодействии с пациентами вы бы могли отметить для себя?

- _____ (впишите ваш ответ)

Результаты опроса

Исследование взаимодействия в медицинской организации на основе экспертного опроса руководителей структурных подразделений медицинских организаций показало следующие результаты.

Выборка составила 30 респондентов, среди которых 11(36,7 %) мужчины и 19 (63,3 %) женщин – руководителей подразделений. Среди респондентов были руководители клинических, амбулаторных, научных и прочих подразделений (рисунок Г.1)



Рисунок Г.1 –структура выборки опроса по типу подразделения, которым руководит респондент, в %

Вопрос о применении в своей ежедневной практике современных профессиональных и межпрофессиональных коммуникаций вызвал непонимание (выбор ответа «Вопрос непонятен») у 13,3% опрошенных (рисунок Г.2). Однако, эта доля практически в 2 раза ниже, чем ответ на аналогичный вопрос при анкетировании медицинских работников всех профилей и уровней (Приложение Б), что свидетельствует о более высоком уровне осведомленности и профессиональной грамотности руководителей структурных подразделений.

Постоянно используют такие коммуникации 26,7 % опрошенных, при необходимости – 40 %, редко – 13,3 %.

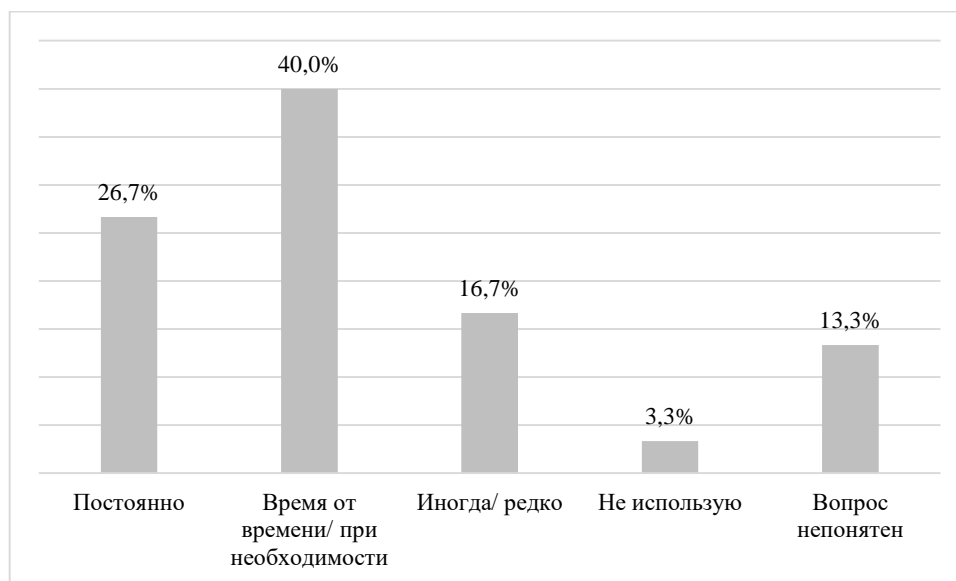


Рисунок Г.2 –структура выборки опроса по типу подразделения, которым руководит респондент, в %

Результаты ответов респондентов на вопросы, касающиеся профессиональной этики и кодекса деловой этики демонстрируют необходимость внедрения таких регламентирующих документов в медицинских учреждениях: большинство респондентов (80 %) отметило, что в медицинской организации, где они осуществляют свою профессиональную деятельность, таких документов нет; оставшиеся респонденты (20 %) на вопрос о наличии кодекса деловой этики затруднились дать определенный ответ; при этом 87 % опрошенных экспертов полагают, что в организации, где они осуществляют свою профессиональную деятельность, такие регламентирующие документы необходимы.

Приложение Д

Социальный механизм использования социально-профессиональных коммуникаций для НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова

