

Оригинальная статья

УДК 316.77

<http://doi.org/10.32603/2412-8562-2022-8-6-72-84>

Социальная поддержка как фактор повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами

Анна Алексеевна Кисельникова^{1✉}, Евгений Александрович Пашковский²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ»
им. В. И. Ульянова (Ленина), Санкт-Петербург, Россия

¹a.kiselnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7016-6872>

²egn-pashkovsky@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4275-6407>

Введение. В статье рассматриваются поддерживающий стиль коммуникации и использование элементов информационной и эмоциональной социальной поддержки как факторы повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами. Исследовательское допущение состоит в том, что элементы информационной социальной поддержки во взаимодействии российских врачей с пациентами встречаются чаще, чем проявления эмоциональной поддержки; в обществе существует определенный запрос на усиление эмоциональной поддержки, использование поддерживающего стиля коммуникации со стороны медицинских работников. Цели статьи – выявить основные приемы, используемые в профессиональной коммуникации в рамках осуществления социальной поддержки; сформулировать важные проблемные аспекты оказания социальной поддержки врачами пациентам.

Методология и источники. Методологическую рамку исследования составили: теория социальных ролей, позволившая провести анализ социальных ожиданий от коммуникации в профессиональной деятельности врача; концепция психологического стресса и процессов совладания Р. Лазаруса, на основе которой авторами сформулирована и применена в исследовании классификация основных форм социальной поддержки; теория коммуникативных стилей В. Сатир, позволившая выделить отдельные речевые и неречевые паттерны коммуникации как составляющие поддерживающего стиля общения врача.

Результаты и обсуждение. Приводятся результаты анализа записей онлайн-консультаций между врачами и пациентами в режиме телемедицины, а также анкетирования 55 респондентов с использованием закрытых и открытых вопросов. Делаются выводы о том, что в поведении проводящих консультации врачей больше выражена информационная поддержка, чем эмоциональная; в обществе существует определенный запрос на большую эмоциональную вовлеченность, использование элементов личностного отношения, повышение доступности в изложении информации врачами пациентам.

Заключение. В ходе исследования подтвердилось авторское предположение о том, что информационная социальная поддержка в общении современных российских врачей и пациентов реализована в большей степени, нежели эмоциональная;

© Кисельникова А. А., Пашковский Е. А., 2022

Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 License.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License.



в обществе формируется запрос на использование врачами поддерживающего стиля коммуникации, усиление вовлеченности, личностной заинтересованности в процессе взаимодействия.

Ключевые слова: социальная поддержка, информационная поддержка, эмоциональная поддержка, поддерживающий стиль общения, коммуникация в профессиональной среде

Для цитирования: Кисельникова А. А., Пашковский Е. А. Социальная поддержка как фактор повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами// ДИСКУРС. 2022. Т. 8, № 6. С. 72–84. DOI: 10.32603/2412-8562-2022-8-6-72-84.

Original paper

Social Support as a Factor of Increasing the Efficiency of Interaction between Doctors and Patients

Anna A. Kiselnikova¹✉, Evgeny A. Pashkovsky²

¹St Petersburg State Pediatric Medical University, St Petersburg, Russia

²Saint Petersburg Electrotechnical University, St Petersburg, Russia

¹a.a.kiselnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7016-6872>

²egn-pashkovsky@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4275-6407>

Introduction. The article discusses the supportive style of communication and the use of elements of informational and emotional social support as factors for increasing the effectiveness of interaction between doctors and patients. The research assumption is that elements of informational social support are more common in the interaction of Russian doctors with patients than manifestations of emotional support; in society, there is a certain demand for increased emotional support, the use of a supportive communication style by medical workers. The article has two goals – to identify the main techniques used in professional communication in the framework of the implementation of social support; to formulate the main problematic aspects of the provision of social support by doctors to patients.

Methodology and sources. The methodological framework of the study includes the following: the theory of social roles, which made it possible to analyze social expectations from communication in the professional activities of a doctor; the concept of psychological stress and coping processes by R. Lazarus, on the basis of which we formulated and applied in the study the classification of the main forms of social support; the theory of communicative styles by V. Satir, which made it possible to identify individual speech and non-speech patterns of communication as components of the doctor's supporting communication style.

Results and discussion. The results of the analysis of records of online consultations between doctors and patients in the telemedicine mode, as well as a survey of 55 respondents using closed and open questions are presented. It is concluded that informational support is more expressed in the behavior of doctors conducting consultations than emotional support; in society there is a certain demand for greater emotional involvement, the use of elements of a personal relationship, increasing the availability of information in the presentation of information by doctors to patients.

Conclusion. The study confirmed the author's assumption that informational social support in the communication of modern Russian doctors and patients is implemented to a greater extent than emotional; in society, a request is being formed for doctors to use a supportive communication style, to increase involvement, personal interest in the process of interaction.

Keywords: social support, informational support, emotional support, supportive communication style, communication in a professional environment

For citation: Kiselnikova, A.A. and Pashkovsky, E.A. (2022), "Social Support as a Factor of Increasing the Efficiency of Interaction between Doctors and Patients", *DISCOURSE*, vol. 8, no. 6, pp. 72-84. DOI: 10.32603/2412-8562-2022-8-6-72-84 (Russia).

Введение. Коммуникативные навыки врача, консультирующего пациента, – важный фактор, влияющий на эффективность его работы. Несмотря на то, что отношения между врачом и пациентом являются в известной мере безличностными, их специфика подразумевает определенную вовлеченность и участие со стороны врача и соответствующие ожидания от пациента. Согласно О. И. Матяш и др., «в ситуациях обслуживания, где преобладают функциональные отношения “по ролям”, мы тем не менее обращаем внимание и на личностный фактор» и «...идем, как правило, к тем, кто относится к нам более “по-человечески”» [1, с. 98]. Пациент, посещая специалиста, ожидает решения своей проблемы, снижения неопределенности, помощи и поддержки. Способности врача убедить пациента в необходимости лечения, дать уверенность в выздоровлении, точно, понятно и емко донести до него всю необходимую информацию и создать атмосферу эмоционального комфорта позволяют значительно повысить качество лечения. Перечисленные навыки общения являются ключевыми составляющими социальной поддержки.

Социальную поддержку можно определить как сложный коммуникативный процесс, направленный на оказание различного рода помощи, необходимой собеседнику в контексте текущей ситуации [2]. Социальная поддержка является одной из ключевых составляющих позитивной коммуникации, представляющей собой взаимодействие, основанное на положительных эмоциях, направленное на взаимопонимание и приносящее удовлетворение всем участникам [3]. Особую актуальность поддерживающая коммуникация приобретает во время кризиса в обществе. Представляется, что запрос на эмпатию, доверительное общение и лучшее взаимопонимание постоянно растет в связи со сложностями, с которыми столкнулись люди в повседневной жизни. Одновременно можно предположить нехватку необходимых для реализации социальной поддержки коммуникативных навыков, владение которыми приобретает особую актуальность для людей, работающих с клиентами.

Данное исследование посвящено проблеме социальной поддержки в общении врача и пациента. В ситуации продолжающейся пандемии новой, малоизученной инфекции понимание пациентами врачей, точность донесения информации, эмоционально-психологическая поддержка населения со стороны медицинских работников являются важными инструментами, влияющими на здоровье людей, их спокойствие и социальную стабильность в целом. Сложности во взаимопонимании могут усиливаться в связи с распространением и развитием различных форм и способов опосредованной коммуникации между врачами и пациентами: онлайн-консультаций, использования мессенджеров, социальных сетей.

Р. Лазарус предложил известную классификацию форм социальной поддержки, выделив информационную, эмоциональную и действенную [4]. Информационная поддержка направлена на предоставление собеседнику необходимой информации или сведений, где ее можно получить в той степени, в которой индивидуум считает себя достаточно проинформированным. Согласно М. С. Соколовой, она может выражаться в виде обратной связи

на вопрос или просьбу, совета, объяснения, четкого определения роли, предложения, инструкций, рекомендаций, перенаправления к другому источнику информации [2]. Эмоциональная поддержка, согласно Т. Л. Крюковой и А. О. Ариповой, во-первых, не связана с активным преобразованием ситуации; во-вторых, является эмоционально ориентированным способом совладания, который заключается в приспособлении к ситуации путем саморегуляции собственного состояния через его улучшение, гармонизацию или возврат к дистрессовому, более адаптивному уровню; в-третьих, эмоциональная поддержка всегда предполагает создание атмосферы эмоционального комфорта, взаимопонимания и принятия для личности [5]. Действенная поддержка заключается в интеракции, способной удовлетворить потребности человека в каких-либо материальных предметах и услугах.

Наше исследовательское допущение состоит в том, что элементы информационной социальной поддержки чаще встречаются во взаимодействии российских врачей с пациентами, чем проявления эмоциональной поддержки. Также можно предположить, что в обществе существует определенный запрос на усиление эмоциональной поддержки, использования поддерживающего стиля коммуникации со стороны медицинских работников.

Цели статьи – выявить основные приемы, используемые в профессиональной коммуникации в рамках осуществления социальной поддержки; сформулировать главные проблемные аспекты оказания социальной поддержки врачами пациентам.

Методология и источники. Методологическую рамку исследования составили: теория социальных ролей, позволившая провести анализ социальных ожиданий от коммуникации в профессиональной деятельности врача; концепция психологического стресса и процессов совладания Р. Лазаруса, на основе которой авторами сформулирована и применена в исследовании классификация основных форм социальной поддержки; теория коммуникативных стилей В. Сатир, позволившая выделить отдельные речевые и неречевые паттерны коммуникации как составляющие поддерживающего стиля общения врача.

Результаты и обсуждение.

Анализ записей онлайн-консультаций. Для того чтобы выявить практики социальной поддержки, используемые специалистами, а также сформулировать рекомендации по применению соответствующих техник и приемов коммуникации, был проведен анализ записей онлайн-консультаций, данных профессиональными врачами-терапевтами клиентам в формате аудиозвонков. Авторы рассмотрели особенности коммуникации врачей и пациентов, прежде всего, с точки зрения проявлений информационной и эмоциональной социальной поддержки. Режим опосредованного общения в большой степени исключает возможность действенной поддержки.

Ведущей формой общения врача и пациента является информационная поддержка, которая реализуется во врачебных рекомендациях. В анализируемых консультациях терапевты сервиса стремятся в рамках аудиозвонка собрать анамнез и предложить решение возникшей проблемы, рекомендовать лечение или обследование, направить на прием к профильному специалисту. Было отмечено, что в ситуации опосредованного общения врач обычно использует более мягкие формы побуждения, избегая императивных конструкций. Вместо повелительного наклонения используются глаголы 2-го лица множественного числа настоящего времени: *промываете вот таким раствором нос и дальше смотрите / как он себя будет*

вести в течение дня / и как он будет вести себя на следующий день; перестаете им пользоваться; обращаетесь к лор-врачу. Самыми частотными стали инфинитивные конструкции с предшествующими словами: *необходимо; нужно; можете; можно; лучше; рекомендуется; стоит; я бы посоветовала; можно посоветовать; будет не лишнее; главное вам; придется.* Такое выражение врачебного совета представляется успешным для достижения согласия и качества выполнения пациентом рекомендаций врача.

Информационная поддержка на заочных консультациях может выражаться в форме ответа врача на заданный пациентом вопрос, особенно это характерно для экспресс-консультаций. Формат такого общения предполагает, что у клиента сервиса есть возможность задать один четкий и емкий вопрос о волнующей проблеме и получить разъяснения специалиста. Приведем пример часть онлайн-консультации, на которой пациент просит врача объяснить ему назначение терапевта. Пациент: *<...> почему валерьянку-то нельзя? Пустырник можно / а валерьянку нельзя.* Врач: *Смотрите, растительные препараты / валериана / пустырник / на самом деле / как правило, никаких противопоказаний не имеют. Только определенные, например, индивидуальная непереносимость этих препаратов // Бывает, эти препараты несовместимы с какими-то другими препаратами. Успокоительными, например // которые именно такого лекарственного эффекта / не растительные / фармкомпанией разработаны. А если вы не принимаете другие успокаивающие препараты и у вас нет аллергической реакции на валериану / то в целом заболевание щитовидной железы не является противопоказанием к приему валерианы и пустырника.* Такой ответ специалиста, на наш взгляд, является примером удачной коммуникации и грамотного речевого поведения. Врач не ограничивается констатацией фармакологических свойств препаратов, а объясняет их подробно, дополняет примерами и в завершение адаптирует первоначальный тезис в соответствии с ситуацией пациента. Врачебные ответы и рекомендации должны быть инструментом не только информационной поддержки, но и эмоциональной, должны успокаивающе воздействовать на пациента. Интересно отметить, что в предложенной анкете, которую заполняли клиенты сервиса после онлайн-консультации, 50 % респондентов ответили, что получили полный ответ на волнующий вопрос и 50 % получили частичный ответ. Но 37,5 % не почувствовали эмоционального облегчения после разговора с врачом.

Эмоциональная поддержка в записанных авторами консультациях реализуется через похвалу (*хорошо / что вы хотя бы вспоминаете об этом и делаете*) и утешение (*ничего особенно страшного в этом нет; сейчас разберемся. Конечно / проконсультируем / под-скажем*). Рефлексивное слушание также является эффективным способом оказания эмоциональной поддержки. В заочных консультациях врач использует вербальные реакции, такие как выражения подтверждения понимания (*понял вас; я поняла; понял-понял*), высказывания, повторяющие реплики пациента (*П.: и я / так сказать / подседа на сосудосуживающие средства для носа // У меня был заложен нос / было / наверное / какое-то воспаление // Вот // И я // Мне ничего не помогало // Но к аллергологу я не обращалась // И начала пользоваться сосудосуживающими / и теперь вроде аллергии нет / но трудно дышать / без них. – В.: Без них трудно*), уточняющие вопросы (*А после чего это началось / не припомните? Может быть / переболели какой-нибудь вирусной инфекцией / какой-нибудь простудой?*).

На протяжении всей консультации врач не должен допускать того, чтобы его слова могли испугать пациента. Особенно когда предмет разговора действительно очень серьезный. Примером удачного речевого поведения врача можно назвать следующую рекомендацию, в которой он сообщает пациенту о необходимости сделать анализ на онкологию: *Ну сначала это должен осмотреть да? кожу дерматолог и сказать / что это доброкачественное всё и можно пользоваться косметическими такими услугами <...> дерматолог посмотрит дерматоскоп и скажет / что пятнышки доброкачественные.* Врач старается снизить уровень переживаний пациента, в речи исключить возможность негативного результата анализа. Выбор модальной конструкции со словом «должен» и использование изъяснительного наклонения придают уверенность и настраивают на позитивный результат. Речь этого консультирующего специалиста в целом отличается большой мягкостью, что достигается за счет использования уменьшительно-ласкательных форм (*процессики, би-пантенчиком, ножичком, моментики, вопросики; легонько, аккуратненько, подробненько; немножечко; чистенькая*) и слов с позитивным значением или положительной коннотацией (*замечательно, хорошо, спокойно, чистая*), частым употреблением междометия *да* с вопросительной интонацией, которое выступает в функции частицы-обращения. Такой вопрос не предполагает ответа пациента, а только включает его в коммуникативное событие (*Проверить работу внутренних органов / печени да?; Нет ли какой-то интоксикации да?; Сдать нужно / общеклинический посмотреть / нет ли состояния анемии да?*).

Используемые этим специалистом приемы соответствуют коммуникативному стилю «Плакатер» в концепции В. Сатир [6]. Автор данной концепции определяет коммуникативный стиль как устойчивый способ общения, включающий в себя интонацию, телесные движения и позы, выражения лица и характерную лексику. В. Сатир основывается на том, что способность человека к эффективной коммуникации с другими людьми находит препятствие чаще не в содержании того, что говорится или не говорится, а, скорее, в способе, при помощи которого человек коммуницирует. Признавая гибкость использования разных ориентаций как показатель здоровой личности, В. Сатир считала, что можно с равным успехом использовать различные стили коммуникации, если этого требует ситуация. В приведенном примере использование стиля «Плакатер» является ситуативно уместным и обеспечивает эмоциональную поддержку пациента.

Неумение врача оказать эмоциональную поддержку может стать причиной коммуникативной и профессиональной неудачи. Приведем в пример часть диалога, где врач игнорирует переживания пациента. П.: *Ну / гормональные препараты звучит как что-то страшное такое / нет?* – В.: *Гормональные препараты // Ну они // Только вот они помогут // То есть их использовать в течение семи дней.* Обращаясь к врачу, человек надеется избавиться от тревоги, вызванной не только состоянием здоровья, но и неопределенностью, скрывающей проблему, ее лечение и последствия. Но, не получив запрашиваемую поддержку, пациент остается недоволен консультацией, а вероятность выполнения полученных рекомендаций снижается. Следовательно, неумение врача вербально выразить свою поддержку влияет на качество оказания медицинской помощи.

Анализ результатов анкетирования. С целью более глубокого понимания установок и запросов пациентов относительно социальной поддержки со стороны врачей авторы

провели анкетирование, в котором принял участие 51 респондент. Все вопросы касаются опыта их консультаций с врачами-терапевтами и специалистами в качестве пациентов (прием у врача, вызов врача на дом, в государственном или частном лечебном учреждении). Анкета включала как закрытые, так и открытые вопросы.

На вопрос, получается ли у них задать все интересующие вопросы врачу на консультации, две трети респондентов ответили в целом положительно. Около 30 % испытывают затруднения в том, чтобы спросить у врача все, что им хотелось бы. Однако следующий вопрос об обстоятельствах, мешающих задать нужные вопросы, содержал вариант ответа: «Обычно ничего не мешает» с целью контроля ответа на предыдущий вопрос. Этот вариант выбрали лишь 20 % респондентов, что говорит о том, что со сложностями в прояснении на консультации всего необходимого сталкивается большее количество людей. 59 % пациентов задают не все интересующие вопросы на консультации, так как забывают их. Может показаться, что причина такого положения дел никак не связана с коммуникативными навыками врача. Однако эффективнее будет специалист, который сам побуждает пациента к дополнительным вопросам, а также создает на приеме эмоционально комфортную атмосферу, в которой у клиента будет возможность спокойно сосредоточиться и вспомнить все необходимое. Также врач может перед тем, как попрощаться с пациентом, спросить о том, остались ли у него какие-то вопросы. Один из авторов статьи, будучи на приеме у специалиста, анализировал сказанное им и, задумавшись, сформулировал вопрос в голове. Врач, очевидно, «считал» это, так как спокойно и вежливо произнес: «Спрашивайте!». Это поспособствовало созданию эмоционально комфортной атмосферы, в которой автору статьи удалось задать врачу все интересующие его вопросы.

Среди других ответов: «Стесняюсь задать вопрос» (41 %), «Времени консультации не хватает» (26 %), «Врач не дает возможности задать вопрос» (19 %), «Боюсь осуждения со стороны врача» (14 %), «Боюсь показаться некомпетентным» (14 %). Обращает на себя внимание, что значительное количество респондентов испытывают смущение при необходимости задать вопрос врачу. Чтобы снизить этот эффект, врач может использовать приемы рефлексивного и нерефлексивного слушания, побуждающие собеседника к продолжению разговора и снижающие неловкость беседы: повторение сказанного клиентом с использованием его лексики, в целесообразности употребления которой он, возможно, сомневается; демонстрация невербальных сигналов слушания и признания происходящего «нормальным» – кивки, не транслирующее каких-либо эмоций выражение лица, отсутствие улыбки, которую клиент может воспринять как знак насмешки или осуждения; побуждение клиента продолжать короткими репликами («Продолжайте, пожалуйста, я слушаю»). Согласно Н. В. Казариновой, в ситуации смущения «функционально все приемы как со стороны наблюдателей, так и со стороны “пострадавшего” должны быть направлены на восстановление его “публичного имиджа” и подтверждение того, что в результате произошедшего отношение к нему не изменилось» [1, с. 413].

На вопрос: «Вы обычно получаете от врача понятные вам ответы на все вопросы, которые задаете?» 92 % респондентов отвечают: «Да, всегда» и «Чаше да». Это говорит о высоком уровне информационной социальной поддержки. Несмотря на то, что личный контакт, большая длительность очной консультации позволяют врачу предоставлять пациенту

более полную и понятную для него информацию, результаты анализа записей онлайн-консультаций также выявляют высокий уровень информационной поддержки.

Следующая группа вопросов была направлена на проверку уровня эмоциональной поддержки. Вопросы были сформулированы в технике шкалирования и касались частоты субъективных оценок различных эмоциональных состояний пациента после приемов у врачей-специалистов. Ответ «1» означал, что ощущение абсолютно не характерно, «10» – выражено максимально и встречается чаще всего. На рис. 1 видно, что у большинства людей степень тревожности после консультации врача снижается.

55 ответов

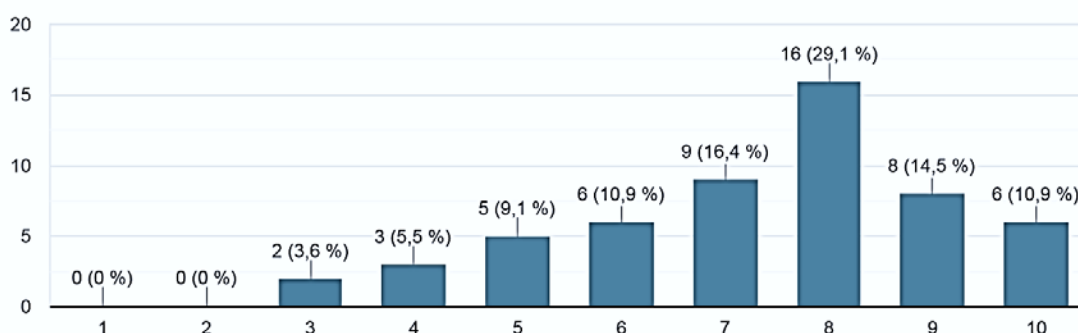


Рис. 1. Шкала ответов на вопрос «Если перед визитом к врачу вы испытываете тревожность, как часто после консультации степень беспокойства снижается?»

Fig. 1. Scale of responses to the question “If you experience anxiety before a visit to the doctor, how often does the degree of anxiety decrease after the consultation?”

В анкете также присутствовал контрольный вопрос «Как часто после визита к врачу у вас возникает необходимость посетить еще одного специалиста схожего профиля?». Подразумевалось, что такая необходимость чаще всего возникает в случае недостаточного доверия к врачу, у которого на приеме пациент оказался первоначально, и (или) сохранившейся неопределенности (хотя иногда у пациента изначально существует намерение в любом случае посетить нескольких врачей одного и того же профиля). Как видно на рис. 2, около половины респондентов более или менее часто испытывают такую необходимость.

55 ответов

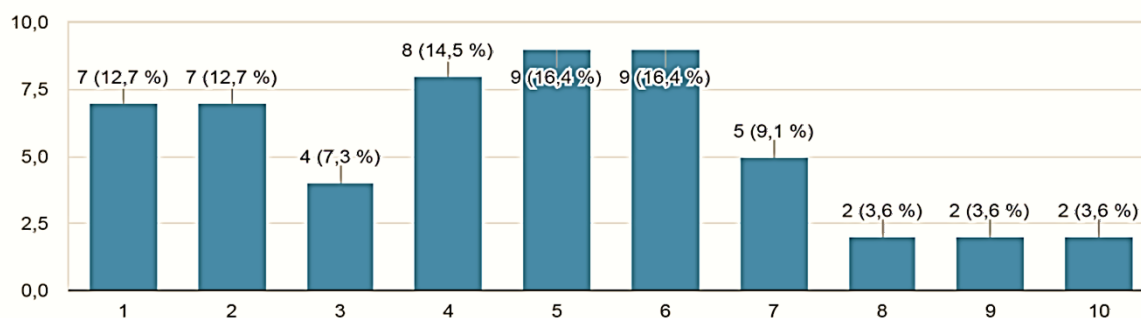


Рис. 2. Шкала ответов на вопрос «Как часто после визита к врачу у вас возникает необходимость посетить еще одного специалиста схожего профиля?»

Fig. 2. Scale of responses to the question “How often after a visit to a doctor do you want to visit another specialist of a similar profile?”

Еще один вопрос об эмоциональной поддержке был задан прямо: «Как часто вы ощущаете на приеме у врача проявления с его стороны эмоциональной поддержки (личностная социальная поддержка как фактор повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами)»

ная вовлеченность в вашу проблему, эмпатия, похвала, подбадривание, обращение по имени)?». Согласно ответам респондентов: 23 % редко сталкиваются с такими проявлениями в коммуникации врача, 44 % – время от времени, 33 % – часто.

Для получения более детальной информации авторами было задано также три открытых вопроса, направленных на фиксацию дополнительных сведений о проявлениях различных форм социальной поддержки со стороны врачей. Первый вопрос был нацелен на выявление позитивно оцениваемых респондентами аспектов консультаций и задан следующим образом: «Что в поведении врачей, на консультациях которых вы были в последнее время, вас приятно удивило?».

Больше всего (25 % из всех ответивших на вопрос) упоминают такие элементы эмоциональной поддержки, как вовлеченность, желание помочь, демонстрацию искренней заинтересованности в решении проблемы: «Вовлеченность в проблему», «Искренность, вовлеченность в проблему, желание помочь», «Специалист действительно хотел помочь и развеять все вопросы/сомнения, касающиеся моей проблемы», «...демонстрировали заинтересованность и желание действительно вылечить», «...живое участие в решении проблемы, желание максимально войти в мою ситуацию...», «...заинтересованность в решении проблемы, желание помочь», «заинтересованность». 16 % говорят о вежливости/вежливом обращении: «вежливое обращение», «вежливость», «компетентность и вежливость врача», «спокойствие, вежливость, подробные объяснения». 10 % респондентов отмечают формирование впечатления о компетентности специалиста, что также можно считать элементом эмоциональной поддержки: «компетентность и вежливость врача», «явная компетентность в вопросе». Также обращает на себя внимание распространенность ответов о создании врачом позитивной эмоциональной атмосферы: «Удалось попасть к специалисту, которая оказалась очень милой женщиной, подбадривающей и дающей понять, что ты в надежных руках, и проблему обязательно решим. Удивило, что она такая позитивная, уместно шутит и смеется с пациентами – даже не знаю, откуда в ней столько сил на такую коммуникацию»; «Участковый врач очень добро относится ко мне, шутит и участливо назвал "солнышком"»; «Внимательность, терпеливость, разбавление напряженной обстановки шутками или просто приятный разговор на отвлеченную тему»; об отсутствии осуждения со стороны врача (что характерно для более молодых специалистов): «В разговоре с ним не чувствовалось никакого осуждения (как это бывает с работниками более старшего поколения). Специалист действительно хотел помочь и развеять все вопросы/сомнения, касающиеся моей проблемы»; «Молодым специалистам легче рассказать о своей проблеме и не бояться осуждения».

Таким образом, именно элементы эмоциональной, а не информационной или действенной поддержки в большей степени приятно удивляют, а значит, согласно впечатлению респондентов, реже встречаются в коммуникации врачей.

Меньшее количество респондентов говорят о том, что их удивила доступность полученной от врача информации: «полное объяснение всего, что необходимо»; «развернутые и понятные ответы (без большого количества медицинских терминов) по конкретной проблеме, часто врачи даже диагноз не говорят»; «объяснение процесса процедуры/болезни доступным языком». Это подтверждает результаты ответов на закрытые вопросы, говорящие о сравнительно высоком уровне информационной поддержки в отношениях между врачами и пациентами.

Данные выводы можно сделать и при анализе ответов на другой открытый вопрос: «Каких действий или фраз со стороны врача вам не хватало на консультациях в последнее время?». Наиболее распространенный ответ (23 % респондентов) говорит о явном запросе на эмпатию, слова поддержки, усиление уверенности в выздоровлении или положительной динамики: «Я понимаю вас, я точно смогу вам помочь»; «слова поддержки»; «внушение уверенности, что все вылечится и все будет хорошо»; «Вам трудно, но вы со всем справитесь, а я помогу вам». Чуть менее распространены ответы (15 %), говорящие о нехватке четкой пошаговой инструкции дальнейших действий пациента: «Нет четкого определения оптимальных действий вместо предложения принять решение самостоятельно», «Приятно, когда врач спокойно объясняет и подробно расписывает, как будет проходить лечение поэтапно – это +1000 к пониманию, что вообще тебе надо делать и что с тобой будет. Но это не все почему-то делают», «Нет пошагового разъяснения дальнейших действий», «Не хватало внимания, четких рекомендаций, подробного объяснения проблемы».

Также нами был задан открытый вопрос: «Что вам не понравилось в коммуникации врачей, к которым вы обращались в последнее время?». Большое количество ответов (21 %) было о том, что негативную реакцию вызвали холодность, отстраненность, безразличие специалиста: «безразличие к проблеме», «желание врача сказать стандартные фразы и отделаться от пациента», «равнодушие», «отсутствие активности, невовлеченность в мою проблему; меня не слушали и не все спрашивали», «холодность, отстраненность». 21 % респондентов так или иначе указывают на грубость или проявления агрессии в общении со стороны врачей: «резкость, поведение типа “начальник–подчиненный” (редко)», «грубость и хамство, как это обычно бывает в госучреждениях», «обесценивание, грубость, переход на личность», «Врач был очень занят другим делом, не полностью выслушал жалобы, отказывался выписать нужные, ранее уже показанные другим врачом направления, дал очень расплывчатое и общее решение проблемы, был агрессивен», «Я подошла к врачу в рабочее время, но в отсутствии других потенциальных пациентов, чтобы просто спросить, может ли врач занести меня в базу данных как переболевшую ковидом (она должна была сделать это сама и сразу). Меня встретили криками и сказали подходить только по записи (ближайшая была через месяц, а информация на госуслугах нужна была уже через пару недель)».

Немного меньший процент (18 %) отмечают использование специальной и не всегда понятной терминологии, слишком краткие ответы на вопросы пациента: «Использование околomedicalных терминов, которые не совсем понятны обычным людям – например, даже простая просьба “поработать кулаком” перед сдачей крови из вены может ввести в ступор из-за размытости формулировки», «краткость».

Таким образом, фокусируясь на негативных впечатлениях после посещения врачей, респонденты отмечают, прежде всего, нехватку не столько информации, сколько атмосферы эмоционального комфорта, успокаивающей и создающей мотивацию для дальнейшего лечения. Эмоциональный труд является, вероятно, одной из составляющих работы врача. Неудачными практиками для медицинского работника являются проявления грубости, насмешек или запугиваний. В этом плане показательно высказывание одного из респондентов: «Могу рассказать историю: недавно болела гайморитом, и после первичного

осмотра мне сказали, что все в целом в норме. Но после рентгена мне прямо сказали, что “все плохо”. Считаю, что это было некомпетентно, я очень испугалась. И это было в частной клинике!»). Сказанное актуализирует использование врачами приемов рефлексивного слушания, эмпатических навыков, различных методик эмоционального (само)контроля и управления эмоциональным поведением.

Заключение. Согласно результатам исследования, основная гипотеза авторов в целом подтвердилась. На основе анализа теоретических материалов по проблеме, анализа записей онлайн-консультаций и результатов анкетирования респондентов, получавших очные консультации, можно сделать следующие основные выводы.

На онлайн-консультациях минусами коммуникативного поведения врача называют большие паузы в речи специалиста, что может восприниматься как недостаточная компетентность или невовлеченность в проблему пациента. Отсутствие коммуникативной инициативы в поведении врача характерно и для ситуаций реального общения. Врач должен осуществлять контроль над развитием беседы. Такое коммуникативное поведение заложено в статусно-ролевом общении врача и пациента, и несоблюдение этих правил ставит пациента в неловкую ситуацию, когда роль лидера общения перекладывается на него против его воли.

Эффективность коммуникации на заочных консультациях обусловлена речевым поведением врача, так как в ситуации опосредованного общения речь специалиста является единственным возможным инструментом для оказания помощи и поддержки пациенту. Овладевая коммуникативной компетенцией, врач повышает и свой профессиональный уровень. Приемами поддерживающего общения при этом могут стать следующие речевые действия: обращение к пациенту по имени или имени-отчеству; формулы вежливости; вербальная реакция на жалобы пациента, его сомнения и переживания; использование слов с позитивным значением или положительной коннотацией; уточняющие вопросы и выражения, резюмирующие речь пациента; утешающие и поддерживающие реплики и др.

Врач, проводящий очные консультации, обладает более широким инструментарием для формирования поддерживающего стиля коммуникации, включающим приемы рефлексивного и рефлексивного слушания, эмпатические техники. Успешное применение этих приемов является показателем коммуникативной компетентности врача, важной составляющей эффективности его деятельности. Согласно субъективной оценке респондентов, в обществе существует запрос на большую вовлеченность, использование элементов личностного отношения, повышение доступности в изложении информации врачами пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Межличностная коммуникация: теория и жизнь / О. И. Матьяш, В. М. Погольша, Н. В. Казаринова и др. СПб.: Речь, 2011.
2. Соколова М. С. К вопросу о классификации социальной поддержки как составляющей позитивной коммуникации // Известия ВГПУ. Сер. Филологические науки. 2017. № 7 (120). С. 95–102.
3. Леонтович О. А. Позитивная коммуникация: постановка проблемы // Вестн. РУДН. Сер. Лингвистика. 2015. № 1. С. 164–177. DOI: <https://doi.org/10.22363/2687-0088-9411>.

4. Lazarus R. S. The Psychology of Stress and Coping // *Issues in Mental Health Nursing*. 1985. Vol. 7, iss. 1–4. P. 399–418. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612848509009463>.

5. Арипова А. О., Крюкова Т. Л. Эмоциональная поддержка: о понятии и формах // *Вестн. Костр. гос. ун-та. Сер. Педагогика. Психология. Социокинетика*. 2019. № 2. С. 102–107. DOI: 10.34216/2073-1426-2019-25-2-102-107.

6. Гордон Д. *Терапевтические метафоры*. СПб.: Белый кролик, 1995. URL: <https://libking.ru/books/sci-/sci-psychology/288937-devid-gordon-terapevticheskie-metafory.html> (дата обращения: 01.10.2022).

Информация об авторах.

Кисельникова Анна Алексеевна – старший преподаватель кафедры русского языка Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия; соискатель ученой степени кандидата филологических наук Саратовского национального исследовательского государственного университета им. Н. Г. Чернышевского. Автор 5 научных публикаций. Сфера научных интересов: речевые жанры медицинского дискурса, коммуникация между врачом и пациентом.

Пашковский Евгений Александрович – кандидат политических наук (2013), доцент кафедры социологии и политологии Санкт-Петербургского государственного электротехнического университета «ЛЭТИ» им. В. И. Ульянова (Ленина), ул. Профессора Попова, д. 5Ф, Санкт-Петербург, 197022, Россия. Автор 32 научных публикаций. Сфера научных интересов: социология повседневности, социология эмоций, социальная психология, межличностная коммуникация.

*О конфликте интересов, связанном с данной публикацией, не сообщалось.
Поступила 03.10.2022; принята после рецензирования 20.10.2022; опубликована онлайн 23.12.2022.*

REFERENCES

1. Mat'yash, O.I., Pogol'sha, V.M., Kazarinova, N.V. et al. (2011), *Mezhlichnostnaya kommunikaciya: teoriya i zhizn'* [Interpersonal communication: theory and life], Rech', SPb., RUS.

2. Sokolova, M.S. (2017), "Considering the issue of classification of social support as a component of positive communication", *Izvestia of the Volgograd State Pedagogical Univ. Philological sciences*, no. 7 (120), pp. 95–102.

3. Leontovich, O.A. (2015), "Positive Communication: A Theoretical Perspective", *Vestnik RUDN. Seriâ Lingvistika*, no. 1, pp. 164–177. DOI: <https://doi.org/10.22363/2687-0088-9411>.

4. Lazarus, R.S. (1985), "The Psychology of Stress and Coping", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 7, iss. 1–4, pp. 399–418. DOI: <https://doi.org/10.3109/01612848509009463>.

5. Aripova, A.O. and Kryukova, T.L. (2019), "Emotional support: the concept and forms", *Vestnik Kostroma State Univ. Ser. Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*, no. 2, pp. 102–107. DOI: 10.34216/2073-1426-2019-25-2-102-107.

6. Gordon, D. (1995), *Terapevticheskie metafory* [Therapeutic metaphors], Belyi krolik, SPb., RUS, available at: <https://libking.ru/books/sci-/sci-psychology/288937-devid-gordon-terapevticheskie-metafory.html> (accesses 01.10.2022).

Information about the authors.

Anna A. Kiselnikova – Senior Lecturer at the Department of the Russian Language, St Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., St. Petersburg 194100, Russia; applicant for the degree of Can. Sci. (Philology), Saratov State University. The author of

5scientific publications. Area of expertise: speech genres of medical discourse, communication between doctor and patient.

Evgeny A. Pashkovsky – Can. Sci. (Politics) (2013), Associated Professor at the Department of Sociology and Political Science, Saint Petersburg Electrotechnical University, 5F Professor Popov str., St Petersburg 197022, Russia. The author of 32 scientific publications. Area of expertise: sociology of everyday life, sociology of emotions, social psychology, interpersonal communication.

*No conflicts of interest related to this publication were reported.
Received 03.10.2022; adopted after review 20.10.2022; published online 23.12.2022.*