

## ПРИЁМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДИАЛОГОМ В КОММУНИКАЦИИ ДОКТОРА И ПАЦИЕНТА

**Теджас Павар Вивек, Республика Индия**

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*КФУ им. В.И. Вернадского*

*Россия, Симферополь*

*Научный консультант – ст. преп. Майборода С.В.*

Аннотация. В статье анализируются некоторые техники управления ходом, темой и эмоциональной атмосферой диалога доктор-пациент, которые используются для повышения эффективности коммуникации.

*Ключевые слова: коммуникативные приёмы, техники управления диалогом, диалог доктора и пациента.*

Эффективная коммуникация играет ключевую роль в отношениях между врачом и пациентом, поскольку она обеспечивает получение информации для анамнеза и закладывает основу для комплаенса. Грамотно проведенный расспрос сводит к минимуму ошибки в диагностике и позволяет правильно организовать лечение [2]. Установлено, что некоторые коммуникативные техники, такие как совместное участие доктора и пациента в обсуждении диагноза и лечения, а также эмоциональная поддержка, обеспечивают более высокий уровень удовлетворенности пациента от общения с врачом [7,3], что, на наш взгляд, ведет к повышению комплаентного отношения пациента к лечению. Между тем в реальной коммуникации часто возникают различные трудности в организации диалога доктора и пациента, которые вызваны рядом причин, например, недоверием пациента молодому врачу, негативным эмоциональным состоянием пациента [7], непониманием сути вопроса и нерелевантными по содержанию и объему ответами пациентов [6].

В данной работе представлен анализ приёмов, с помощью которых врач может контролировать диалог с больным, чтобы получить максимальное количество необходимой информации в короткий срок и установить доброжелательные отношения с пациентом.

В литературе описаны различные техники управления диалогом [4,5]. Исследователи выделяют правила управления очередностью говорения, распределения инициативы в диалоге, например, предоставление, захват и удержание коммуникативной инициативы. При изучении диалогов доктора и пациента наша задача состояла в том, чтобы выяснить *кто* управляет диалогом, *что* подвержено управлению и *какими* способами.

Обычно во время разговора с пациентом врач является коммуникативным лидером: он начинает и заканчивает общение, задаёт вопросы, даёт команды или рекомендации, то есть управляет ходом коммуникации. Он также предоставляет пациенту инициативу в диалоге с помощью открытых вопросов: *что вас беспокоит?* или просьбы: *расскажите, что случилось* [1]. Однако мы также

выявили, что пациент тоже может контролировать ход диалога, например, когда у него возникает сомнение, непонимание или недостаток информации, он начинает задавать вопросы врачу. Этот момент очень важен для доктора, потому что он должен адекватно реагировать на инициативу пациента: объяснить, аргументировать, успокоить. Доктор также должен решить, какая информация действительно важна в настоящий момент, а что можно обсудить позже, и вежливо сообщить об этом пациенту.

Пациент управляет ходом диалога, когда имеет возможность согласиться или отказаться отвечать. Иногда, вместо того чтобы ответить прямо и точно на вопрос, больной даёт очень объёмные и нерелевантные ответы или не знает, что ответить. В последнем случае доктор может использовать приёмы стимулирования инициативы пациента для получения информации, которая может быть важной. Это вопросы-подсказки (*Боль ноющая, колющая или режущая?*), вопросы-стимулы (*А что было потом?*). Иногда доктор спрашивает «и?», чтобы побудить пациента продолжать ответ. На наш взгляд, этот вопрос может сочетать два значения: «продолжайте» и «переходите к главному». Использование такого стимула может быть противоречивым, потому что скрытое требование сократить фразу и сообщить важную информацию делает диалог эффективным, но сам вопрос не является вежливым.

Когда пациенты уходят от темы и сообщают неуместную или лишнюю информацию, они перегружают диалог. В этом случае доктор должен контролировать тему общения. Обычно врач просто перебивает пациента, но мы считаем этот приём нетактичным. Более вежливый способ повернуть диалог в нужное русло – выделить в ответе пациента факт или слово, а потом «продолжить» его фразу с помощью слов «да, кстати...». Действенны также жесты, мимика и эмоциональные реакции на слова пациента, повторение последней части его фразы. Так доктор демонстрирует своё внимание к пациенту и делает диалог более эффективным.

Очень часто диалог с врачом полон эмоций для пациента, особенно если он боится услышать о тяжелом диагнозе, о побочных эффектах и даже просто о боли. Пациент может испугаться и закрыться, не будучи в состоянии понять дальнейшие вопросы, отвечать неуместно. Следовательно, врач должен контролировать эмоциональную атмосферу общения. Чтобы не допустить нежелательных эмоций пациента, доктор находит полезным использовать эвфемизмы для объяснения ситуации, например, «*неприятные ощущения*» вместо «*боль*» и др. Иногда врач старается переключить внимание пациента на другие темы, чтобы отвлечь его от негативных мыслей.

Итак, в коммуникации доктора и пациента оба участника общения могут управлять диалогом, но коммуникативным лидером является врач. Для повышения продуктивности общения доктор использует различные приёмы управления ходом, темой и эмоциональной атмосферой диалога. Некоторые из приёмов являются эффективными, но нетактичными, что может негативно влиять на отношения доктора и пациента. Используя корректные методы

управления разговором, врач может оптимизировать взаимодействие с пациентом.

### Литература

1. Heritage J., Maynard D.W. (Eds.). Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press. 2006. 488 p.
2. Leonard M., Graham S., Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. // Quality and Safety in Health Care. 2004. №13. pp. 85–90.
3. Mishler E. The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood, N.J.: Ablex Pub. Corp. 1984.
4. Palmer, M.T. Controlling conversation: turns, topics and interpersonal control // Communication Monographs. 1989. v.56. pp.1-18.
5. Sacks, H., Schegloff, E.A. and Jefferson, G.A. simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation // Language: Journal of the Linguistic Society of America. 1974. v.50, №3. pp. 696-735
6. Stivers T., Heritage J. Breaking the sequential mold: Answering more than the question during comprehensive history taking // Text-Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse. 2001. № 21 (1-2), pp.151-185.
7. Watson B., Gallois C. Emotional Expression as a Sociolinguistic Strategy: Its Importance in Medical Interactions. In: Ng S, Candlin C, Chiu C, eds..Language Matters: Communication, Identity, and Culture. Hong Kong: City. University of Hong Kong Press. 2004. pp 63–84.

### METHODS OF DIALOGUE MANAGEMENT IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION

**Tejas Vivek Pawar, India**

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky  
Crimean Federal University named after V.I.Vernadsky  
Simferopol, Russia  
Scientific Supervisor – Art. teacher Mayboroda S. V.*

Abstract. The article analyzes some techniques of managing the course, theme and emotional atmosphere of the dialogue between the doctor and the patient, which are used to improve the effectiveness of communication.

*Keywords: communication techniques, dialogue management techniques, doctor-patient dialogue.*