

Индии разделяет индусов на различные социальные группы в соответствии с их работой и рождением. Эта система привела к тому, что высшие касты получили привилегии по сравнению с низшими кастами, которые часто подавлялись теми, кто был выше по кастовой шкале [3].

Присутствуют значительные отличия в одежде. Даже такая уникальная одежда для Южной Азии, как сари и саронг, имеет свои соответствующие различия в обеих странах.

Традиционные танцы и вовсе разительно отличаются. Хотя Шри-Ланка и Индия, как правило, имеют некоторое сходство в некоторых танцевальных стилях.

Несмотря на то, что между обеими странами существует много сходств, и Шри-Ланка, и Индия обладают неповторимым своеобразием и имеют уникальную культуру.

Литература:

1. Sri-Lanka [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.britannica.com/place/Sri-Lanka>. – Дата доступа: 11.10.2020.
2. India [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.britannica.com/place/India>. – Дата доступа: 11.10.2020.
3. Sri Lanka – India Relations: Opportunities for a New Connectivity Strategy [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://lki.lk/publication/sri-lanka-india-relations-opportunities-for-a-new-connectivity-strategy/>. – Дата доступа: 11.10.2020.

КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ КАК ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Стойлик С.И.,

студентка 2 курса лечебного факультета

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра социально-гуманитарных наук

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Королёнок Л.Г.

Одним из важных вопросов, касающихся практикующих врачей, является их способность эффективно общаться с пациентами. Результат лечения во многом зависит от того, насколько положительным было общение с медицинским работником. В настоящее время пациенты достаточно часто жалуются на то, что врачи не способны внимательно их выслушать, дать ясные и понятные ответы и точно выявить те проблемы, с которыми они пришли на врачебный прием. Однако неэффективное общение в системе «врач-пациент» является барьером на пути к достижению ожидаемого результата, что оказывает негативное влияние на качество медицинской помощи и, как итог, исход лечения.

Актуальность темы обусловлена тем, что взаимоотношения между врачом и пациентом выступают в роли одной из важных проблем современной медицины.

Цель: исследование основ коммуникационных барьеров в профессиональном общении врача с пациентом.

Результаты. Основу любого врачебного приема составляет коммуникация, взаимодействие между врачом и пациентом. Под понятием «коммуникация» подразумевается процесс обмена информацией от одной социальной системы к другой посредством символов, знаков и образов, что приводит к взаимному пониманию. Коммуникация предполагает наличие не менее трёх составляющих: передающий субъект (коммуникатор, носитель сообщения), передаваемый объект (сообщение), принимающий субъект (реципиент).

На эффективность коммуникации негативно влияют коммуникативные барьеры. Барьеры коммуникации – это помехи, мешающие осуществлению контактов и взаимодействию между коммуникатором и реципиентом. Они препятствуют адекватному приёму, пониманию и усвоению сообщений в процессе осуществления коммуникативных связей.

В условиях общения возникают специфические коммуникативные барьеры. Они не связаны с уязвимыми местами в каком-либо канале коммуникации или с погрешностями кодирования и декодирования, а носят социальный или психологический характер. С одной стороны, барьеры могут возникать из-за отсутствия понимания ситуации общения, вызванное не просто различным языком участников коммуникативного процесса (формирование фонетического барьера), но и социальными, политическими, религиозными, профессиональными различиями, существующими между партнерами. Последние могут быть вызваны не только разной интерпретацией одних и тех же понятий, но и различным мироощущением, мировоззрением, миропониманием субъектов общения (формирование социально-культурного барьера) [1, с. 57].

С другой стороны, барьеры могут иметь и более выраженный психологический характер. Они возникают из-за индивидуальных психологических особенностей общающихся (например, чрезмерная застенчивость или скрытность, присутствие «некоммуникабельности») или сложившейся между общающимися неприязни по отношению друг к другу, недоверия и т. п. (барьер отношений) [1, с. 57].

Успешность терапевтического контакта зависит от снятия семантического барьера. Семантический (смысловой) барьер связан с наличием жаргонов, свойственных людям определенного возраста, профессии или социального положения. Поэтому врач должен иметь навыки усвоения чужих семантических систем. С другой стороны, бывает, что медицинский работник сам создает смысловой барьер у пациента, когда без надобности использует профессиональные термины.

Стилистический барьер возникает при несоответствии речи врача ситуации общения. Примером является фамильярное поведение медицинского работника, при котором он всех пациентов пожилого возраста называет «бабуля» и «дедуля», при этом не учитывает психологические и возрастные особенности людей, их психоэмоциональное состояние.

Барьер логического непонимания возможен при знакомстве пациента с ходом медицинских процедур и вмешательств, приемом лекарственных средств. В таком случае логика рассуждений врача может быть непонятной для пациента либо казаться ему неверной или неубедительной.

Барьер «авторитета» в общении врача с пациентом возникает, если пациент недооценивает авторитет медицинского работника (например, пожилые пациенты мало доверяют молодым специалистам); если врач по каким-то причинам не подтверждает свой социальный статус (например, имеет несоответствующий профессии внешний вид). Для его преодоления врач должен соответствующе выглядеть, быть в полной мере компетентным и доброжелательным в разговоре с пациентом [2].

Выводы. Таким образом, эффективное общение в системе «врач-пациент» возможно только при условии преодоления различных коммуникативных барьеров. Знание основ и механизмов возникновения этих барьеров позволит избежать их негативного влияния в ходе оказания медицинской помощи. Для этого врачу необходимо вести общение на одном языке с пациентом, принимая во внимание его психоэмоциональное состояние, возрастные особенности, специфику профессиональной деятельности и социокультурные различия.

Литература:

1. Андреева, Г. М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений / Г. М. Андреева. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : Аспект Пресс, 2009. – 363 с.
2. Психологические основы коммуникационных барьеров в профессиональном общении врача и пациента // Библиофонд [Электронный ресурс]. – 2020. – Режим доступа: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=555208>. – Дата доступа: 01.10.2020.
3. Бедрин, Л. М. Психология и деонтология в работе врача / Л. М. Бедрин, Л. П. Урванцев. – Ярославль : ЯрГУ, 1988. – 80 с.

ЕГО ИМЯ НОСИТ УЛИЦА В АШХАБАДЕ: АМАН КЕКИЛОВ

Танатина А. В.,

студентка 3 курса факультета бухгалтерского учета

УО «Белорусская государственная сельскохозяйственная академия»

Кафедра лингвистических дисциплин

Научный руководитель – к. филол. н., доцент Малько А.И.

Аман Кекилов (1912-1974) – туркменский ученый, поэт и прозаик, педагог. В 1967 г. получил звание народного писателя Туркменской ССР. Был доктором филологических наук, академиком, заслуженным деятелем науки Туркменской ССР, автором текста первого Государственного гимна Туркменской ССР (1946 г.).

Аман Кекилов родился 9 октября 1912 г. в семье бедного крестьянина. Рано остался сиротой и с 1922 г. воспитывался в интернате имени Ильбаева