

Литература:

1. Инжечик, А. А. Антропоцентрическая парадигма современного языкознания и человеческий фактор в языке / А. А. Инжечик // Доклады Башкирского университета. – 2023. – Том 8. – № 3 – С. 33–39. – URL: http://dokbsu.ru/sites/default/files/pdf/2023/8/3/04_Injechik_verst_33-39_0.pdf. (дата обращения: 15.11.2025).
2. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка : [в 4 т.] / [соч.] Владимира Даля [Электронный ресурс] / В. И. Даль – 3-е изд., испр. и знач. доп., изд. под ред. [и с предисл.] проф. И.А. Бодуэна-де-Куртенэ. Т. 1-4. – Санкт-Петербург ; Москва : т-во М. О. Вольф, 1903-1911. – 27 см. – URL: <https://slovardalja.net/word.php?wordid=10712>. (дата обращения: 12.11.2025).
3. Толковый словарь Деххода. – URL: https://icps.ut.ac.ir/fa/dictionary?fbclid=IwY2xjawPArIFleHRuA2FlbQIxMABzcnRjVmFwcF9pZBAyMjIwMzkxNzg4MjAwODkyAAEevL6YzUiWvmQckVIFUVDZZqtIhQNpyoKad1FJMPNIuffdjjOnQnzZumzLex4_aem_4RhDZ8Auqc8vM2AaUEIdKQ (дата обращения: 14.11.2025).
4. Азбука веры. – URL: <https://azbyka.ru/biblia/?Sir.38&r~mt> (дата обращения: 10.11.2025).
5. Авиценна (Али Абу ибн Сина). Канон врачебной науки. – М. : АСТ, 2025. – 448 с.

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ. КУЛЬТУРА РЕЧИ ВРАЧА

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА И ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

Аврамцева К. А.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к. филол. н. *Носик А. А.*

Викентий Викентьевич Вересаев однажды сказал: «Врач может обладать громадным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, и все это останется бесплодным, если у него нет способностей покорять и подчинять себе душу больного».

Как известно, в процессе общения человек реализует целый ряд потребностей. В сфере медицинского общения на первый план выступают

потребность в помощи (выражается в желании и готовности человека принять помощь, которая, будучи принятой, приносит удовлетворение и тому, кто ее оказал) и *потребность в безопасности* (проявляется в том, что пациенту важно сохранение конфиденциальности, снижение страха, внутренней тревоги и неуверенности) [1, с. 15–16].

Культура речи в медицинской практике давно перестала быть лишь вопросом профессионального этикета. Сегодня она признается значимым терапевтическим фактором, напрямую влияющим на качество диагностики, эффективность лечения и психоэмоциональное состояние пациента. Грамотная, ясная и эмпатичная речь врача способствует установлению доверия, повышает приверженность пациента к лечению и снижает уровень стресса, что особенно важно в условиях высокой нагрузки на систему здравоохранения.

Однако в современной коммуникативной парадигме акцент смещается с односторонней передачи информации от эксперта (врача) к пассивному реципиенту (пациенту) на построение диалога и терапевтического союза. В этом контексте особую актуальность приобретает проблема реализации в речи врача принципа сотрудничества, который можно сформулировать как «не я (врач) справляюсь с болезнью, а мы (врач и пациент) делаем это вместе».

Традиционная модель общения в медицине, условно называемая *авторитарной*, или *патерналистской*, часто строится на монологе и жестких указаниях. Врач выступает в роли безоговорочного авторитета, который «назначает» лечение, а пациент – в роли послушного исполнителя. Такая модель, особенно в случаях хронических или тяжелых заболеваний, может порождать у пациента чувство беспомощности, отчужденности и тревоги. Болезнь воспринимается как внешняя сила, которую побеждает доктор своими действиями, а сам пациент остается пассивным наблюдателем собственного лечения.

Принцип «не я, а мы» предлагает иную, партнерскую модель взаимодействия. Ее суть заключается в том, что болезнь преодолевает не врач в одиночку, а пациент, и успех этого процесса является результатом совместных, осознанных усилий обеих сторон. Реализация этого принципа начинается с языка и речевых стратегий, которые базируются на постулированных в далекой древности этических концепциях Гиппократов (460–370 гг. до н. э.), изложенных в книгах «О враче», «О благоприличном поведении» и в его знаменитой клятве.

Культура речи, ориентированная на сотрудничество, характеризуется несколькими ключевыми особенностями.

Во-первых, это использование местоимений «мы», «наш», «нам» и вопросительных конструкций, вовлекающих пациента в обсуждение. Вместо приказа «Принимайте эти таблетки три раза в день» звучит предложение: «Давайте обсудим, как нам удобнее будет организовать прием этого лекарства?». Вместо констатации «Вам нужно похудеть» – вопрос: «Какие сложности мы видим в изменении нашего питания и как можем их вместе преодолеть?». Такие формулировки смещают акцент с проблемы пациента на общую задачу, которую предстоит решить в тандеме.

Во-вторых, это техника активного слушания и перефразирования. Врач не просто выслушивает жалобы, но резюмирует их: «Если я правильно понял, вас больше всего беспокоит... Это так?». Это демонстрирует уважение к переживаниям пациента и подтверждает, что его голос услышан и важен для формирования общего плана действий.

В-третьих, речь, основанная на принципе «мы», предполагает честность и прозрачность в объяснении диагноза, рисков и вариантов лечения. Многие врачи считают, что сообщение диагноза нужно сводить к минимуму, поскольку более значимой является непосредственно информация о лечении. Для пациентов же знание диагноза, причин болезни и прогноза лечения представляет не меньший интерес. Важной задачей на данном этапе является донести информацию до пациента в доступной форме, убедиться, что пациент все понял и убедить его следовать рекомендациям [2, с. 18]. Ведение коммуникации с этой позиции позволяет врачу не скрывать информацию под предлогом «ему так будет спокойнее», а объяснить сложные вещи доступным языком, делая пациента информированным соучастником выбора. Фраза «Исходя из наших анализов, мы с вами стоим перед выбором: вариант А имеет такие плюсы и минусы, вариант Б – другие. Что вы думаете?» наделяет пациента ответственностью и достоинством.

Преимущества такого речевого подхода очевидны. Он способствует формированию более высокой мотивации к лечению, так как пациент ощущает себя не объектом манипуляций, а субъектом, влияющим на исход. Снижается уровень сопротивления рекомендациям и тревоги, связанной с неопределенностью. Наконец, это повышает удовлетворенность как пациента, так и самого врача от процесса взаимодействия, снижая риск профессионального выгорания последнего.

Таким образом, хороший врач сегодня – это не тот, кто лишь ставит диагноз и выписывает лекарства, а тот, кто умеет говорить с пациентом на равных. Фразы вроде «мы подберем лечение» или «давайте обсудим» помогают создать командный дух. Это делает медицину не только эффективнее, но и человечнее. Болезнь – это путь, который пациент не должен проходить в одиночку, и грамотная, партнерская речь врача становится одним из главных средств поддержки на этом пути.

Литература:

1. Бороздина, Г. В. Психология и этика делового общения / Г. В. Бороздина, Н. А. Кормнова; под общ. ред. Г. В. Бороздиной. – М.: Издательство Юрайт, 2021. – 463 с.
2. Глушанко, В. С. Профессиональная коммуникация в медицине : пособие / В. С. Глушанко, А. Л. Церковский, Т. Н. Ковалевская, Л. И. Орехова, О. С. Рубанова, Р. И. Гайфулина; под общ. ред. д-ра мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2024. – 241 с.