

о диагнозе, предлагаемых вариантах лечения, их рисках и преимуществах, а также о последствиях отказа от лечения. Объясняя пациенту в доступной форме все этапы лечения, врач обязан убедиться в том, что пациент правильно понял предоставленную информацию, после чего необходимо получить его добровольное согласие в письменной форме. Принцип автономии применим только по отношению к взрослым пациентам, которые способны понимать последствия своих решений.

Эффективное взаимодействие во многом зависит от уровня коммуникативной компетентности врача, под которой подразумевают «не только наличие конкретных психологических познаний, но и зрелость определенных специализированных способностей: умения устанавливать связь, понимать невербальные жесты, корректно формулировать вопросы» [1, с. 401].

Искусство врачебной деятельности основывается не только на умении лечить, но и на умениях говорить, слушать, слышать. Врач должен уметь найти подход к каждому пациенту, проявить сочувствие, поддержать в нужный момент и помочь ему преодолеть страх и справиться с тревожностью.

Таким образом, взаимодействие медицинских работников и пациентов в лечебных учреждениях Соединенных Штатов Америки основывается на принципах, включающих соблюдение законодательства, применение передовых медицинских технологий, а также учет интересов пациента. В соответствии с этими принципами врачи обязаны осуществлять диагностику и проводить лечение, а также участвовать в процессе принятия решений совместно с пациентами, руководствуясь этическими и юридическими нормами.

Литература:

1. Шевцова, Ю. В. Роль коммуникативной компетенции врача в организации коммуникативного взаимодействия с пациентом и в разрешении и предотвращении конфликтных ситуаций / Ю. В. Шевцова, С. В. Плотнова, Е. Ю. Козловская // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – Т. 9. – № 1(30). – 2020. – С. 399–402.

ВРАЧЕБНАЯ РЕЧЬ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ТРАНСФОРМАЦИИ

Барковская К. С.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – *Шафаревич И. О.*

Интенсификация миграционных процессов и увеличение мобильности населения приводят к тому, что современные медицинские специалисты все чаще взаимодействуют с пациентами, представляющими различные культурные среды.

Активное перемещение населения, развитие медицинского туризма, международное сотрудничество в научной сфере и трудовая миграция способствуют тому, что пациентом может стать представитель любой страны. Как следствие, профессиональное медицинское общение трансформируется в сложный межкультурный диалог, предполагающий наличие специальных компетенций [1].

Одной из наиболее значимых проблем является языковой барьер, создающий не только коммуникационные трудности, но и прямые риски для пациента. Согласно исследованиям, различия в языке увеличивают вероятность диагностических ошибок на 30–40 %, поскольку неточная интерпретация симптомов может привести к неправильной постановке диагноза. Например, разные описания болевых ощущений («ноющая» против «острая», «пульсирующая» против «жгучая») способны кардинально изменить диагностическую гипотезу. Кроме того, непонимание рекомендаций по приему лекарственных средств снижает эффективность терапии и может представлять угрозу для жизни.

Помимо языковых сложностей, существенную роль играют культурные различия. Современные исследования в области медицинской антропологии показывают, что восприятие болезни и здоровья варьируется в разных культурах. Например, в средиземноморском регионе принято эмоционально описывать симптомы, тогда как во многих азиатских культурах ценятся сдержанность и стоицизм, что может привести к недооценке тяжести состояния пациента. Модели взаимодействия «врач-пациент» также различаются: западный подход, основанный на партнерстве и автономии пациента, нередко конфликтует с патерналистскими установками, распространенными в странах Азии, Ближнего Востока и Латинской Америки, где решение часто принимается старшим членом семьи. Культурные табу, связанные с психическим здоровьем, онкологическими диагнозами или вопросами смерти, создают дополнительные коммуникационные преграды [1].

Глобализация научного знания, сопровождающаяся активным использованием английского языка, порождает терминологический хаос. Быстрое внедрение новых терминов, диагностических критериев и фармацевтических наименований осложняет их адаптацию и интеграцию в национальные медицинские языки. Особую опасность представляют различия в названиях лекарственных средств, такие как «парацетамол» против «ацетаминофен», что повышает риски при лечении иностранных пациентов. Ситуация усугубляется отсутствием унифицированных стандартов медицинской документации и терминологии [1].

Цифровизация, являющаяся неотъемлемой частью глобализации, оказывает противоречивое влияние на медицинскую коммуникацию. С одной стороны, телемедицинские технологии расширяют доступность медицинской помощи, преодолевая географические ограничения. С другой стороны, они обедняют коммуникативный процесс, ограничивая передачу невербальной информации. В условиях дистанционного взаимодействия затруднено восприятие кинетических (язык тела, мимика) и проксемических (тактильный

контакт, дистанция) компонентов общения, которые играющую роль в эффективности коммуникации.

В ответ на эти вызовы формируется новая парадигма врачебной речи, которая становится более эмпатичной, вопрошающей и адаптивной. Она направлена не только на распознавание симптомов, но и на понимание их значения для пациента, учитывая его уровень образования и личностные особенности.

Критически важным навыком в современных условиях становится умение доступно объяснять сложные медицинские понятия. Это требует отказа от профессионального сленга, использования метафор, аналогий и визуальных материалов, таких как схемы, рисунки и видео. Особое внимание уделяется цифровому этикету: в телемедицине – техникам установления контакта, в электронной переписке – сочетанию краткости и четкости с сохранением вежливого тона.

Таким образом, врачебная речь в эпоху глобализации претерпевает значительную трансформацию, превращаясь из узкопрофессионального навыка в многогранную компетенцию, интегрирующую элементы медицины, лингвистики, культурологии и цифровых технологий. Успех современного врача все в большей степени определяется не только клиническими знаниями, но и способностью к эффективной коммуникации, культурной адаптации и эмпатии. Преодоление языковых и культурных барьеров становится неотъемлемой составляющей качественной и безопасной медицинской помощи. Врач, способный найти общий язык с пациентом из любой точки мира, становится новой нормой в глобализованном обществе, где коммуникация приобретает значение терапевтического инструмента, сопоставимого с современными медицинскими технологиями.

Литература:

1. Царева, Л. М. К вопросу о языковом барьере и путях его преодоления / Л. М. Царева, С. Б. марченко // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 3. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31786> (дата обращения: 12.12.2025).

АКТУАЛЬНОСТЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бинти Мохамад Н. С. А.

Курский государственный медицинский университет
г. Курск, Российская Федерация

Научный руководитель – к.п.н., доц. *Дмитриева Д. Д.*

Эффективная коммуникация между врачом и пациентом, а также качественное медицинское просвещение населения признаны неотъемлемыми компонентами высокоэффективной помощи, напрямую влияющими