

5. Мечковская Т. Коллизии современной коммуникации и их влияние на функциональный уклад языков. // Язык и социум. – Минск, 2001. – С. 56, 69, 10.

6. Закирьянов К.З.. Отражение языковой картины мира в языковом сознании билингва. – Язык и культура. – Уфа, 1995. – С. 25.

7. Апресян Ю.Д.. Современные методы изучения

значений и некоторые проблемы структурной лингвистики. – М., 1974. – С. 39.

8. Вейсгербер Л.Й. Родной язык и формирование духа. – М., 1993. – С. 16.

9. Мельникова А. Язык и национальный характер. – М., 2003. – С. 13.

Ж. Т. Қысмуратова

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА КАК УСЛОВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ

Существенной стороной труда врача является коммуникативная деятельность. Специфика коммуникативной деятельности медицинского работника состоит в том, что общение происходит в двух основных его формах – в одном случае это средство организации деятельности, в другом – удовлетворение потребности человека в живом контакте. Медицинская деятельность соответствует модели общения по схеме «субъект - субъект», в которой общение рассматривается как основная потребность человека.

Профессия врача - «риторическая» в смысле необходимости для врача владеть искусством речи. Овладение мастерством установления контакта и общения с больным является одной из основных профессиональных проблем врача [1], поскольку «ролевое взаимодействие «врач - пациент» с необходимостью предполагает установку на общение» [2]. Хорошая коммуникация пациент-врач, подчеркивал один из ведущих психиатров Финляндии Kalle Achte, не может рассматриваться только как интуитивный дар, так как это профессиональное умение, мастерство, которому можно научить и которому можно научиться [3].

А.Косевска отмечает, что важным элементом коммуникативной компетентности врача является профессиональное владение так называемой «триадой Роджерса» (эмпатия, акцептация, аутентичность), позволяющей ему испытывать и проявлять по отношению к больному положительные эмоции и доброжелательность. Эмпатийный подход врача проявляется не только в его способности чувствовать эмоциональное состояние больного в общении, но и уметь передавать пациенту, что он полностью понят. Принятие и уважение

личности пациента, невзирая на его недостатки, отсутствие критического, высокомерного, оценивающего отношения – в этом смысл феномена акцептации в профессиональной деятельности врача. Аутентичность личности врача проявляется в том, что его невербальное поведение идентично словам и действиям, а эмоции и переживания в контакте с больным являются подлинными. Аутентичность в поведении врача становится особенно значимой в трудных ситуациях взаимодействия с больным, например при необходимости сообщить диагноз. Скрываемое или недостаточно осознаваемое негативное отношение к пациенту обнаруживается в невербальных проявлениях и распознается больным: он получает представление об истинном отношении к нему врача и контакт ухудшается [4].

Лечение больного не может осуществляться вне акта коммуникации, так как он несет в себе элемент убеждающего воздействия, требующего для достижения намеченной цели активного взаимодействия обоих партнеров.

В коммуникативном потенциале врача заключены навыки и умения общения, которые помогают ему оказывать на пациента психологическое воздействие. Метод психологического влияния идет по пути убеждения, которое направлено на создание адекватного представления пациентов о своей болезни. В деятельности врача-клинициста метод убеждения является одним из существенных психотерапевтических способов воздействия на пациента. Убеждение, основанное на выстраивании сильных прямых аргументов, является более устойчивым и с большей вероятностью способно повлиять на поведение [5]:

1) В: *Никаких психоэмоциональных перегрузок не должно быть. Вы должны отдыхать. Никаких физических нагрузок. Никакого алкоголя. Никакого курения. Даже по праздникам нельзя. Больше на свежем воздухе гуляем.*

2) В: *Я считаю, что пора решить вопрос с операцией. Потому что зрение и слух уже начали падать.*

3) В: *Животные жиры строго исключить из рациона, потому что холестерин у Вас достиг верхней границы.*

Специфика медицинского дискурса состоит в том, что профессиональная врачебная деятельность связана с суггестивным речевым воздействием. Учитывая, какое воздействие оказывают слова на пациента, врач как профессиональный коммуникатор, старается приободрить, обнадежить пациента, похвалить, подчеркнуть что – то положительное в медицинском отношении. Информация, передаваемая врачом, становится актуальной для пациента и эффективно воздействует на органы зрения, слуха и сознание пациента. Такая беседа не просто успокаивает пациента, она показывает благоприятную перспективу и настраивает на оптимистический лад, одновременно обеспечивая старательное выполнение всех врачебных предписаний:

В: *Сахар и холестерин сейчас у Вас в норме. Так что беспокоиться не о чем. Для Вас сейчас, главное, держать диету. Ограничивайте соль. Постного мяса, овощей, фруктов побольше.*

Существенным условием взаимопонимания больного и врача при лечении, являются доверие больного к врачу и понимание его рекомендаций. Больной должен быть уверен не только в профессиональной компетентности и квалификации врача, но и его очевидной заинтересованности и доброжелательности к нему как индивидууму. Всегда необходимы личный расспрос и обследование больного, несмотря на имеющуюся медицинскую документацию, ясные, короткие и вместе с тем исчерпывающие объяснения и рекомендации. Зачастую нужно проверить понимание этих объяснений и при необходимости повторить и конкретизировать их:

1) В: *Это для поднятия иммунитета по одной таблетке два раза в день. Десять дней пьете, двадцать отдыхаете и так до трех месяцев доводите. Трахисан будете по одной таблетке каждые три часа. Понятно? Имейте это в виду.*

2) В: *Это для улучшения мозгового кровообращения, чтобы головокружения, головных болей и снижения памяти не было. Когда давление резко поднимается, все сосуды спазмируются, поэтому у людей голова болит. Перед сном принимаете амлодипин по 2,5 миллиграммчика, потому что давление ночью ползет вверх. Я даю маленькую дозировку. Это очень мягкий препарат, побочных эффектов у него очень мало. По 2,5 миллиграммчика вечером или перед сном. Понятно да?*

На протяжении всего диалога врач применяет стратегию проверки правильности понимания получаемой пациентом информации. Проверка правильности понимания реализуется посредством финальных слов: *понятно? Понимаете?* и др., целью которых является получение утвердительного ответа.

Опрос пациента, направленный на выявление жалоб – самая сложная, трудоемкая и вместе с тем наиболее важная часть беседы, так как в подавляющем большинстве случаев именно жалобы пациента являются ключом к диагностике болезни. Качественно проведенный опрос избавляет врача, а главное, пациента от излишних диагностических процедур и даже неоправданного лечения [6].

Время, отведенное для приема больного, ограничено. Поэтому по ходу сбора анамнеза врач должен направить в нужное русло рассказ больного, помочь ему сконцентрировать внимание на наиболее важных жалобах и симптомах:

В: *В какое время появляются вот эти перебои? Они постоянные или появляются в какой – то промежуток дня?*

П: *В промежуток какой – то. Вот сейчас было и перестало. А потом через некоторое время...*

В: *А после чего? Вот Вы, например, пройдёте, или по лестнице поднимаетесь, или после какой – то психоэмоциональной нагрузки?*

П: *Нет, вот, например, просто сижу и оно начинается.*

В: *Значит, в покое тоже появляется да? И сколько он длится у Вас? Вот этот приступ. На какое время? Продолжительности в перемене не знаете?*

Отвечая за создание определённой терапевтической атмосферы общения, а также психоэмоциональное здоровье пациента, врач организует общение в соответствии с эмоциональными потребностями больных, которые нуждаются в утешении, ободрении, поддержке.

Эмоциональная поддержка тесно связана с такими проявлениями врача, как сердечность, теплота, сочувствие, эмпатия и может выступать в качестве своеобразного «психологического костыля» для больного [7].

Следует помнить, что пациент приходит к врачу не по личному желанию, а в связи с необходимостью лечения. Поэтому особенно важными являются несколько фраз врача, которые придают особый настрой всему последующему разговору. В данной ситуации врачи прибегают к эмоционально настраивающим тактикам, в том числе и комплименту [8]. Цель комплимента в данном случае – приободрить пациента и мотивировать его неукоснительно соблюдать врачебные рекомендации. Осуществляя суггестивное воздействие посредством комплимента, похвалы, одобрения, врач вселяет в пациента уверенность в успехе лечения и выздоровления.

В: Какой же Вы у меня молодец! Уже влажных хрипов нет. Все анализы у вас хорошие.

Подобные формы внушения воспринимаются пациентами без критической оценки, вызывают положительные реакции, помогая внутренне утвердиться в своих силах и возможностях.

Нами выявлены случаи использования врачами вопросительных предложений для выражения утверждения, получивших название риторических вопросов. Отличительной чертой этих утверждений является то, что они более экспрессивны, окрашены определенными эмоциями говорящего. Риторические вопросы не требуют ответа, хотя и обращены к собеседнику, они призваны оказать определенное воздействие на адресата. Так, произнося риторический вопрос, говорящий побуждает слушателя самому найти ответ и, в то же время, убеждает его в этом единственно правильном ответе [9]:

П: Давление уже три раза подскакивало.

В: До сколько поднималось?

П: 240 было первый раз, а вот ...

В: И сейчас давление 270. Что пьете от давления?

П: Ничего не пью.

В: Почему? Нужно пить таблеточки. У Вас давление снова высокое. Может инсульт хватить, потом парализует, и Вы будете лежать. Вам горшки будут носить. Вам это надо? Вам это не надо. Лечитесь. Использование риторических вопросов способствует достижению определенной цели: убедить слушающего в истинности слов говорящего.

В современных социально-экономических условиях существования здравоохранения врач должен учитывать экономическую целесообразность назначений и согласовывать их с материальными возможностями пациента:

В: Возможность сдать мокроту на чувствительность к антибиотикам есть? Когда бронхит, пневмония долго не вылечиваются, тогда мы заставляем сдавать на грибки. А там лечение совсем другое.

К сожалению, очень часто пациенты отказываются от лечения назначенным препаратом. Задача врача – подробно разъяснить пациенту, на чем основан выбор того или иного лекарственного средства, опираясь на его спектр действия, профиль безопасности и особенности применения:

В: Кардиомагнил пить Вам необходимо, тем более Вам его кардиолог назначал. Кардиомагнил – это для разжижения крови. Почему происходят инфаркты, инсульты, образуются тромбы? С Вашим сахарным диабетом этого нельзя допустить. У Вас и так из-за давления плохое кровообращение плюс у Вас сахарный диабет. Вы знаете, он поражает сосуды.

Обращение (вокатив) – наиболее частотная в общении и яркая единица установления контакта с собеседником, привлечения его внимания. Обращение, как важный компонент речевого этикета, символизирует желание врача включить пациента в речевой контакт. А.В.Древаль пишет, что не следует довольствоваться лишь знанием фамилии пациента: каждый заслуживает того, чтобы его называли по имени и отчеству. Такое обращение благодаря сложившейся традиции общения демонстрирует уважение к собеседнику и уже потому располагает к откровенному разговору [10], задает тон всему разговору, устраняет враждебность, поддерживает положительный контакт:

В: Алла Васильевна, сейчас вообще жалобы на что-то есть?

Характерной чертой коммуникации врач-пациент является употребление личных местоимений и глаголов в форме первого лица множественного лица как указание на сотрудничество, взаимодействие врача и больного. Включение местоимений *мы* в личную сферу собеседника создает эффект создания единого поля говорящего и слушающего:

В: Давайте, Олег Владимирович, мы с Вами прокапаемся, хорошо. Это же, все-таки, потихонечку как-то и прилив сил.

Таким образом, профессиональная деятельность врача оказывается на стыке между медициной и риторикой как искусством профессионального общения врача с больным. Правильное построение диалога с пациентом не является простой формальностью, теоретическим знанием или признаком доступности врача. В целом, это – путь к эффективности работы врача как профессионала. Успех лечения в огромной мере зависит и от того, насколько врач умеет расположить к себе больного, завоевать его доверие, превратить его самого в активного соучастника лечебного процесса, то есть от того, насколько развиты у него коммуникативные умения.

1. Чжан Л. Медицинский диалог с позиции риторики // Высшее образование в России. - 2002. - №4. - С. 89-93.

2. Крысин Л.П. Речевое общение в социально –

неоднородной среде // Русский язык сегодня. – М., 2000. С 317-321.

3. Achte K. Methods of improving patient compliance in chronic disease states // Arch. Intern. Med. – 1982. – Vol. 142. – P.1673-1677.

4. Косевска А. Личность психотерапевта // Групповая психотерапия. – Ред. Б.Д. Карвасарский, С.Ледер. – М.: Медицина, 1990.

5. Дэвид Майерс. Социальная психология. – СПб., 1997.

6. Древаль А.В. Искусство беседы. Медицинская газета. – 1992. - №48 – с.13

7. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л. 1984. 190с.

8. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. Омск, 1999. С.177.

9. Долинин, К.А. Стилистика французского языка. – Л.: Просвещение, 1978. – 344 с.

10. Древаль А.В. Искусство беседы. Медицинская газета. – 1992 - №36 – с.12

* * *

Мақалада дәрігердің коммуникативтік біліктілігінің маңыздылығы қарастырылады.