

---

---

## ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ «ВРАЧ—ПАЦИЕНТ» КАК КЛЮЧЕВАЯ ТЕМА КУРСА «КУЛЬТУРА РЕЧИ ВРАЧА»

Т.Ф. Матвеева

Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова  
ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, Москва, Россия, 127473

Статья посвящена рассмотрению актуальных вопросов обучения студентов медицинского вуза профессионально ориентированной культуре речи. Представлено содержание части курса, связанного с этическими нормами общения врача с пациентом. Анализируются базовые для этического аспекта культуры речи врача понятия культуры речи.

**Ключевые слова:** профессионально ориентированный курс, культура речи врача, этика речевого общения, эмпатия, речевой этикет, авторитетность и авторитарность.

Культура речи (1) изучается в высших учебных заведениях как составная часть цикла гуманитарных дисциплин. В медицинском вузе данный курс призван формировать навыки и умения будущего врача общения с пациентами, их родственниками и близкими, другими работниками системы здравоохранения, имеющими отношение к лечению этих пациентов, и пр. От умения врача владеть словом, уровня его речевой культуры в конечном счете зависит его профессиональная компетентность.

Культура речи включает три аспекта — нормативный, коммуникативный, этический. Последний подразумевает соблюдение норм поведения, норм общения, речевого этикета, медицинской деонтологии. Подразумевается такая организация речи, которая влияет на создание и поддержание эмоционально-психологической атмосферы общения с пациентами и коллегами.

Содержание курса включает лекционные и практические занятия, на которых «расшифровываются» важнейшие понятия, связанные с этикой речевого общения «врач—пациент».

**Эмпатия.** Главными показателями коммуникативной культуры врача является в первую очередь эмпатия (понимание отношения собеседника к тому, о чем он рассказывает, к самой ситуации общения, понимание чувств другого, сообщение о собственных чувствах; внимательное наблюдение за невербальными реакциями). Основная задача — продемонстрировать пациенту, что он находится в центре внимания врача.

**Обращение и приветствие.** Несомненно, в основе формирования правильных отношений одну из основных позиций занимает этика. Этика поведения врача должна проявляться уже с первого момента встречи с пациентом, и здесь, на наш взгляд, требуется грамотно использовать речевой этикет. Начать следует с обращения к пациенту по имени-отчеству. Моральный кодекс врача рекомендует употреблять не только «вы» по отношению к пациенту, но и исключить из употребления слово-обращение «больной», следует обращаться к нему по имени-отчеству. И конечно, обязательное приветствие пациента врачом «Здравствуйте!».

Во время приветствия происходит передача чувств друг другу через слова. И если они произносятся автоматически или в это время мы думаем о чем-то своем, то получается, что на словах мы желаем человеку здоровья, а на уровне подсознания идет передача своих проблем. Пациент, воспринимающий информацию как на сознательном, так и на бессознательном уровне, не получит реального пожелания ему здоровья. Известный писатель, телеведущий, автор ряда книг по психологии А. Максимов считает чрезвычайно важным для успешного развития речевого общения при встрече как бы сказать: «Здравствуйте, это Вы!», а не «Здравствуйте, это Я!»

«Здравствуйте» — это фраза речевого этикета, это пожелание здоровья, это первый мостик в налаживании контакта между врачом и пациентом.

**Основы невербальной коммуникации.** При встрече мы, как правило,жимаем нашему собеседнику руку. Рукопожатие — это наш первый контакт с человеком. Неслучайно американцы придумали мудрую пословицу: «Рукопожатие — это все». Иными словами, рукопожатие знаменует желаемое нами установление связи. Но при этом следует понимать, что главное в рукопожатии — это взгляд. Глядя прямо в глаза человеку, мы даем ему понять, что в данный момент именно он является для нас центром мира, а все остальное нам неинтересно.

**Речевой этикет.** Нельзя оставаться равнодушным к некоторым клише английского речевого этикета, например: «Боюсь, сэр, что письма Вам сегодня нет», «Боюсь, мадам, овсянка уже закончилась». Чем нас так трогает это «боюсь»? Ведь и у нас тоже есть выражение: «К сожалению, Ваши любимые пирожные уже закончились». Тоже сожаление, тоже немного «извините», но разница в форме глагола «боюсь» — это форма 1-го лица единственного числа, это «Я» боюсь, это «Я» так же расстроен(а) отсутствием письма, овсянки. Иными словами, я вместе с Вами, я сопереживаю, я сочувствую. Эта формула несколько сильнее нашего «к сожалению» или «я сожалею». Она ближе к «я сожалею», которое у нас не в традиции, мы его используем крайне редко и по другому поводу.

Хорошо бы включать в свою речь всем знакомые, но практически исчезнувшие из употребления клише речевого этикета. Например, выражение просьбы:

Дай.., пожалуйста.

Если вам не трудно, дайте, пожалуйста...

Если вас не затруднит, дайте, пожалуйста...

Сделайте одолжение, дайте, пожалуйста...

Не откажите в любезности, дайте, пожалуйста...

Окажите любезность, дайте, пожалуйста...

Не сочтите за труд, дайте, пожалуйста...

Я прошу вас...

Очень (убедительно, настоятельно) прошу вас (тебя)...

Я хочу (хотел бы) попросить...

Мне хочется (хотелось бы) вас попросить...

Я могу попросить вас...?

Могу я попросить вас...?

Могу ли я попросить вас...?

Не могу я попросить вас...?

Не могу ли я попросить...?

Вы можете...?

Вы не можете...?

Вы не могли бы...?

Можете ли вы...?

Не можете ли вы...?

Не могли бы вы...?

Вам не трудно...?

Вас не затруднит...?

Не трудно ли вам...?

Не затруднит ли вас...?

Этот перечень клише наглядно демонстрирует богатство нашего языка, его неоценимые возможности, которыми мы пользуемся не в полной мере.

**Принятие.** Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что речевое и невербальное общение с пациентом должно строиться на знании основ психологии и с учетом правил медицинской этики (эмпатия, толерантность) на основе гуманизма и милосердия и с соблюдением трех условий: принятия, оптимизма и укрепления чувства собственного достоинства.

#### Из диалогов «врач—пациент»

##### *Неприятие*

Почему Вы требуете особого внимания к себе?

##### *Пессимизм*

Если Вы так будете относиться к постельному режиму, Вы никогда не поправитесь.

Я заранее знала, что Вы опустите руки и потеряете веру в выздоровление.

##### *Уязвление чувства собственного достоинства*

Прошу не указывать, что и как мне делать — я свою работу знаю.

##### *Принятие*

Ваши желания естественны, но нельзя игнорировать обстоятельства.

##### *Оптимизм*

Надо выдержать постельный режим, и я верю, что Вы сможете это сделать.

Вы сильный человек и не должны терять веру в выздоровление.

##### *Укрепление чувства собственного достоинства*

Сергей Иванович, будьте благоразумны и терпеливы — доверьтесь моему опыту.

**Авторитетность и авторитарность.** Несмотря на то, что медицинский дискурс предполагает наличие речевого действия «директив», выражаемое как совет, рекомендация, запрет и приказ, хотелось бы разграничить такие понятия как «авторитетность» и «авторитарность». Понятно, что с точки зрения социальных ролей врач — ведущий, а пациент — ведомый. Врач продумывает тактику беседы, организует ее: что-то советует, о чем-то предупреждает, что-то запрещает, и в то же время врач несет ответственность за то, что общение не получилось и за его последствия. Известно, что после установления контакта между врачом и больным используются разные формы взаимодействия, которые формируются в силу различных причин и которые сохраняются или меняются в ходе лечения. Это прежде всего *руководство*, когда врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя.

**Сотрудничество (партнерство)** — это модель не авторитарного сотрудничества, а союза, она предполагает активное участие больного в лечебном процессе. И возникшая в последнее время в условиях платной медицинской помощи *договорная (контрактная)* форма взаимоотношений, которая, с одной стороны, соответствует духу рыночных отношений, этике купли-продажи, с другой — позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими участниками.

Как мы видим, авторитарность по праву занимает место в общении врача с пациентом, мы хотели лишь призвать врачей к сдержанности: использовать ав-

торитаризм только тогда, когда это действительно необходимо и облечено в приемлемую форму. А право на руководство основывалось бы в большей степени на уважении врача и пациента друг к другу, на истинном признании пациентом авторитета врача.

Однако на практике как отголосок прошлых традиций авторитарность доминирует в наших лечебных учреждениях. Попадая в стационар, уже на входе видишь на стенах грозные таблички со словами «воспрещается» или «категорически воспрещается» и пр. Оправданно ли это? Неужели пациенты так бестолковы, что не воспримут информацию на уровне рекомендации? Почему на талоне к врачу написано «Явиться... При себе иметь...»? Напоминает армейскую команду. И в целом, в поликлиниках и стационарах преобладает авторитарный тон, непререкаемое слово медперсонала. Думается, что это вызвано не медицинскими показаниями, а нарушением этических норм. Хотя в хороших и правильных книжках в качестве примеров общения с пациентом мы находим другие фразы: «Не могли бы Вы попытаться рассказать (вспомнить) о...? Давайте выясним, как можно помочь Вам и Вашей семье... Что бы ни случилось, мы не оставим Вас».

**Этика речевого общения.** С точки зрения этики непосредственно речевого делового общения врача с пациентом существует ряд положений. В своей работе «Логика и речевое общение» Г.П. Грайс отмечал ряд принципов и постулатов ведения деловой беседы, один из постулатов — «Выражайся ясно, избегай непонятных выражений». Несомненно, неэтично «напускать туман», прибегая к витиеватым формулировкам, говорить с умным видом о банальностях, принижая тем самым умственные способности собеседника. Неэтично в разговоре с пациентом, не имеющим отношения к медицине, использовать медицинские термины, так как это поставит его в затруднительное положение непонимания. Научные термины следует заменить на понятные всем эквиваленты.

*Принцип вежливости* представляет собой совокупность ряда максим.

*Максима такта.* Это максима границ личной сферы, т.е. в идеале любой акт коммуникации предусматривает определенную дистанцию между участниками (пространственную и информационную — не все темы подлежат обсуждению).

*Максима великодушия.* Это максима необременения собеседника. Хороший коммуникативный акт не должен быть дискомфортным для участников общения.

*Максима одобрения.* Это максима позитивности в оценке других («Не судите, да не судимы будете»).

*Максима скромности.* Это максима неприятия похвал в собственный адрес. Реалистичная, по возможности объективная самооценка.

*Максима согласия.* Это максима неопозиционности. Отказ от конфликтной ситуации.

*Максима симпатии.* Это максима доброжелательности, которая создает благоприятный фон для перспективного предметного разговора.

**Этическое правило пространственной организации общения.** Существует четыре основные зоны межличностного общения, размеры которых зависят от близости людей друг к другу:

— интимная (общение родных и близких) — от 15 до 45 см (сверхинтимная — ближе 15 см);

- личная (общение со знакомыми людьми) — от 45 см до 1,2 м;
- социальная (официальное общение и общение с посторонними людьми) — от 1,2 до 3,6 м;
- публичная (общение с большой аудиторией) — от 3,6 до 7,5 м (на таком расстоянии можно говорить не напрягая голоса).

Исходя из этого, врач (если это не продиктовано необходимостью ситуации или перерастанием деловых отношений с пациентом в дружеские) должен соблюдать зоны межличностного общения. Например, сесть на кровать лежащего пациента можно только при крайней необходимости, в противном случае нарушение личного пространства квалифицируется как жест неэтичный. В пространственной организации общения, например в кабинете врача, если участники общения расположены на одном уровне (горизонтальное расположение), самая эффективная позиция для общения — через угол стола лицом к лицу друг с другом или впол-оборота друг к другу. Те же, кто находятся друг напротив друга через стол, склонны к спору и даже конфронтации. Если уровни, на которых помещаются коммуниканты, различны, вступает в действие закон вертикального доминирования.

**Умение слушать.** С точки зрения этики в процессе речевого общения коммуниканты уважительно относятся друг к другу, поэтому внимательно слушают друг друга. В особенности это относится к врачу, так как именно врачей часто упрекают в неумении слушать (а это самый сложный вид речевой деятельности, и ему надо учиться). А как же постулат о том, что нужно лечить не болезнь, а больного, который ищет поддержки и ждет, что врач его выслушает? Это все этические моменты, а если говорить по существу, то они связаны с профессионализмом/непрофессионализмом.

**Внешняя и внутренняя культура врача.** И еще одна сторона соблюдения врачебной этики и культуры. Приведем в связи с этим цитату из обращения профессора А.Н. Орлова к юным коллегам: «Мой клинический опыт убеждает, что успех врачевания будет зависеть не только от вашего профессионального мастерства, но и от таланта общения с больными, их родственниками, коллегами, от этического и эстетического воспитания, внутренней и внешней культуры. У больного могут вызвать чувства брезгливости, глубокого неуважения врач, медсестра, студент в грязных, немых халатах, рубашках, шапочках, брюках, с грязными руками, неухоженными ногтями, небритой физиономией, вульгарной косметикой, с запахом перегара или кариозных зубов, приторных духов или резкого одеколона, с низкой культурой речи и др. Признаки внешней и внутренней культуры переплетаются, так как в реальных отношениях они выступают в диалектическом единстве».

И последнее. Можно по-разному относиться к экспансии английского языка в нашей стране. Но согласиться с немотивированным включением его, использованием латинского алфавита в коммуникативном поле «медицина — клиенты, пациенты» невозможно. Например, вывеска над медицинским учреждением «Med4you». Использование цифр, созвучных с предлогом, имеет место в западной рекламе («4» по-английски «four», что созвучно английскому предлогу «for» — для), т.е. «Медицина для вас». Такое возможно в рекламе рок-концертов, других шоу... Но в названии клиники — это китч, с одной стороны, а с другой — почему

нашим российским гражданам, потенциальным пациентам, информация дается на английском языке? Почему не уважают их достоинство? Они, может быть, не знают английского языка? Это вопиющее нарушение этики. (Аналогично: «Профилактика & лечение», «Дентал клиник», «Медхелп»). Это на самом деле дешевый рекламный ход: «у нас все иностранное, а значит — лучшее».

Наши рассуждения заканчиваем утверждением академика А.Ф. Билибина: «Решающим и определяющим фактором в клинической работе является не методика исследований (пусть и богато оснащенная техникой), а культура собственной личности врача. Только повышение этой культуры может привести к повышению качества врачебной продукции».

#### ПРИМЕЧАНИЕ

- (1) Под культурой речи понимается такой выбор и такая организация языковых средств, которые в определенной ситуации общения при соблюдении современных языковых норм, правил коммуникации и этики общения позволяют обеспечить наибольший эффект в достижении поставленных коммуникативных задач.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Грайс Г.П.* Логика и речевое общение. // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 116. Лингвистическая прагматика. — М.: Прогресс, 1995.
- [2] *Кузин Ф.А.* Культура делового общения. Ось-89, 2004.
- [3] *Максимов А.* Общение. В поисках общего. — М., СПб.: Питер, 2013.
- [4] Русский язык и культура речи / Под ред. В.А. Максимова. — М.: Гардарики, 2000.
- [5] *Сидоров П.И.* и др. Деловое общение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

#### LITERATURA

- [1] *Grajs G.P.* Logika i rechevoe obshchenie // Novoe v zarubezhnoj lingvistike. Vyp. 116. Lingvisticheskaya pragmatika. — M.: Progress, 1995.
- [2] *Kuzin F.A.* Kul'tura delovogo obshcheniya. Os'-89, 2004.
- [3] *Maksimov A.* Obshchenie. V poiskah obshchego. — M.; SPb.: Piter, 2013.
- [4] *Russkij yazyk i kul'tura rechi / Pod red. V.A. Maksimova.* — M.: Gardariki, 2000.
- [5] *Sidorov P.I.* i dr. Delovoe obshchenie. — M.: GEHOTAR-MED, 2004.

### THE ETHICAL DIMENSION OF VERBAL COMMUNICATION «DOCTOR-PATIENT» AS A KEY THEME OF THE COURSE «THE CULTURE OF SPEECH OF THE DOCTOR»

**T.F. Matveeva**

Moscow State University of Medicine  
and Dentistry named after A.I. Evdokimov  
*Delegatskaya str., 20, Moscow, Russia, 127473*

Article is devoted to topical issues of training medical students professionally-oriented culture of speech. The content of the courses related to the ethical norms of doctor communication with the patient is presented. Concepts of speech culture basic for ethical dimension of doctor speech culture are under analysis.

**Key words:** vocational-oriented courses, culture of doctor speech, speech communication ethics, empathy, speech etiquette, authority and authoritarianism.