

студенту помочь исправить ошибку. Но этим приемом не следует злоупотреблять, шадя самолюбие студента, допустившего ошибку.

Иногда преподаватель видит, что ему нужно самому исправить допущенную ошибку, так как у студентов нет уверенности в том, как нужно сказать правильно, какую форму или конструкцию употребить. В таком случае преподаватель должен еще раз объяснить ту часть грамматического материала, которая вызвала затруднение в понимании. Это особенно важно сделать тогда, когда большинство студентов группы допускает подобные ошибки.

Цель использования коррекционных приемов — дать студенту возможность правильно употребить ту или иную грамматическую форму или конструкцию. Поэтому важно, чтобы после применения приема студент, допустивший ошибку, понял ее суть и исправил ее.

*Л.А. Саватеева*  
Минск

## **РЕЧЬ В МЕЖЛИЧНОСТНОМ ОБЩЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И ПАЦИЕНТА**

Общение медицинского работника и пациента можно назвать вынужденным общением, мотивы общения пациента к медицинскому работнику могут быть различны, так как обусловлены проблемами здоровья, болезненных симптомов, предполагаемого диагноза и т.д. Со стороны медицинского работника выбор субъекта общения объясняется его профессией. Поэтому особую роль в межличностном общении имеет восприятие и понимание участников коммуникации друг друга. Можно назвать это и типом установок на восприятие человека человеком: позитивная, негативная и адекватная. Позитивная установка на медицинского работника связана с мнением окружающих и проявляется в повышенной степени доверия, готовности верить всем советам, рекомендациям. Известно, что позитивная установка может быть обусловлена размеренной манерой врача говорить, неторопливо проводить осмотр, манипуляции. Негативная установка приводит к тому, что пациент проявляет недоверчивость, подозрительность, безразличие. Адекватная установка может проявляться в сочетании в одном и том же человеке положительных и отрицательных свойств, черт характера (врач — блестящий, но — груб).

Речь как средство организации общения --- разговорная речь, для которой характерны:

1) **персональность** адресации, так как позиция медицинского работника и пациента непрерывно рефлексивируется, переосмысливается, на речь реагируют, ее предвосхищают и оценивают;

2) **спонтанность** и непринужденность: условия непосредственного общения не позволяют заранее спланировать разговор, так как медицинский работник и пациент вмешиваются в речь друг друга, уточняя и меняя тему разговора, говорящий может перебивать сам себя, что-то вспоминая, возвращаясь уже к сказанному;

3) **ситуативность** речевого поведения: непосредственный контакт, способность понять проблемы пациента, сопереживать совместно с больным

колебания его состояния, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Все это позволяет использовать мимику и жесты как способ восполнения неточности выражений, неизбежной в неформальной речи;

4) эмоциональность: ситуативность, спонтанность и непринужденность речи в непосредственном общении усиливает ее эмоциональную окраску. Как строится диалог? Что извлекаем мы из слов пациента? Насколько верно ведем себя? И знаем ли мы ту ноту в общении, что способна вести к нужному решению, а не противопоставлять в разные стороны. Приведем к примеру из рассказа А.П.Чехова “Хирургия” диалог фельдшера Курятин и дьячка Вонмигласова.

“Курятин. Ну-с, раскройте рот пошире... Десну подрезать только... тракцию сделать по вертикальной оси... и все (подрезает десну) и все...

Вонмигласов. Благодетели вы наши и.. нам, дуракам, и невдомек, а вас господь просветил...

Курятин. Не рассуждайте, ежели у вас рот раскрыт. В мгновение ока... (делает тракцию)...

Вонмигласов. Отцы наши... Мать пресвятая...

Курятин. А ты зачем руками хватаешь? Я тяну, а ты мне под руку толкаешь и разные глупые слова... Дура!

Вонмигласов. Сам ты дура... Света не вижу.. Дай дух перевести... Ты не тьяни, а дергай... Сразу!

Курятин. Не шевелись... Ну, ну... (слышен хрустящий звук). Так и знал! Было б мне козьею ножкой. Этакая аказия!

Придя в себя, дьячок сует в рот пальцы и на месте больного зуба находит два торчащих выступа.

Вонмигласов. Паршивый черт... насажали вас здесь, иродов, на нашу погибель!...”

Как видно из приведенного примера фельдшер нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным, исключая возможности сомнений пациента в его компетенции, что приводит к конфликту, который проявился в выражении отрицательно накопившихся эмоций.

Процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника будет эффективным в том случае, если в процессе информативного речевого поведения они будут придерживаться следующих советов.

1. Совместное решение при построении коммуникации. Этот способ общения предполагает наличие общей цели, что заметно ограничивает тематику. Каждое высказывание должно быть тщательно продумано, каждое слово достаточно строго подбирается и оценивается. В случае непонимания со стороны пациента или отказ от назначений может привести к смене способа общения. Поэтому допускаются повторения и уточнения. При обоюдном согласии вырабатывается тактика процесса лечения, диагностики, профилактики и т.д. Выработав определенное решение, медицинский работник и пациент заканчивают взаимодействие или начинается новый способ общения.

2. Задавание вопросов, при котором как медицинский работник, так и пациент заинтересованы в получении определенной информации. Право медицинского работника задавать вопросы определяется его социальной ролью либо соглашением о цели что-то узнать (тогда он получает разрешение задавать вопросы). Умеет ли медицинский работник слушать. Немец-

кие авторы Вернер Зегерт и Лючия Ланг в книге “Руководить без конфликтов” предлагают игру, которая по их мнению, поможет любому узнать, насколько мы искусны в речевых контактах: “Если Вы ведете разговор ”на повышенных тонах” с партнером, договоритесь с ним соблюдать правило: каждый может продолжать дискуссию только после того, как своими словами передаст предыдущее высказывание своего оппонента. Однако как мало удается услышать из того, что говорится. Так длинные сложные предложения вообще не доходят до адресата. Этот тест—”контролируемый диалог” — требует полной концентрации на том, что говорит партнер”. Авторы указывают, что партнер реагирует тем дружелюбнее и позитивнее, чем полнее понятным он себя ощущает. Право пациента — уклониться от ответа, задать встречный вопрос, обсудить заданный вопрос. Обычно спрашивающий получает частичные ответы. Исчерпывающие, подробные ответы, как и неадекватные, повторяющиеся и т.д. являются нарушением правил общения.

3. Уточнение понимания. В данном способе общения как бы решается вопрос о причинах непонимания. Медицинский работник и пациент могут в любой момент выйти из данного способа общения, как только все станет ясным, понятным, правильным.

Однако в процессе межличностного общения медицинского работника и пациента многое зависит от их энергии и темперамента. Известно, что в процессе общения темпераментные и энергичные могут продолжать свой монолог 10—5 минут, если же человек тихий, то ему удастся договорить до конца одно предложение. В любом случае первая же пауза будет немедленно заполнена ответной речью, которая скорее всего будет не в достаточной мере соотноситься с желанием говорящего. В искусстве разговора нужно упражняться, чтобы не впадать в болтливость, уметь ориентироваться в теме, приноравливаться к пациенту. В разговоре следует избегать крикливого “я”. Входить в интересы других и скрывать собственные мотивы. Слово — это сила, которая может обратиться против вас самих. Каждое слово должно быть отчетливо, ясно пациенту. Если пациент будет перебивать вас с просьбой повторить какое-либо слово, то он скоро может утратить интерес к общению с вами. При этом речь должна быть не слишком громка.

Не следует показывать вида, что разговор вам скучен или утомляет вас, нельзя смотреть в сторону, вертеть посторонние предметы, смотреть на часы. Известно, что мимические выражения несут более 70 % информации

И в заключении следует сказать, что людям импонирует, когда медицинский работник всем своим видом подчеркивает уверенность в правоте используемых аргументов и произнося речи оказывает благоприятное впечатление на пациента. Поэтому в межличностном общении для речи характерны такие особенности: меньшая лексическая точность, свобода словоупотребления, использование коротких и простых словосочетаний и предложений, логических и психологических пауз, отсутствие деепричастных и причастных оборотов.