



МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:

вопросы теории и практики

Материалы 5-й международной
научно-практической
и образовательной конференции
14 апреля 2017 года



Тверь 2017

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики

Материалы
5-й международной научно-практической
и образовательной конференции

14 апреля 2017 г.

Под общей редакцией Е. В. Виноградовой



Тверь
Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета

2017

УДК 614.253
ББК 51.1
М 422

Редакционная коллегия: Е. В. Виноградова, Н. Г. Гавриленко,
Ю. В. Федурко.

Рецензенты:

Крюкова Н. Ф. – д-р филол. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет»

Филиппченкова С. И., д-р псих. наук, профессор кафедры психологии и философии, ФГБОУ ВО «Тверской государственной технический университет».

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики [Текст]: материалы 5-й междунар. науч.-практ. и образов. конф., 14 апреля 2017 г. / Твер. гос. мед. ун-та ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — 114 с.

ISBN 978-5-8388-0166-1

В сборнике представлены материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции по теоретическим, практическим и этическим проблемам коммуникации в медицинской сфере.

Для врачей, социолингвистов, психологов, специалистов в области гуманитарного знания.

УДК 614.253
ББК

ISBN 978-5-8388-0166-1

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава
России, 2017
© Оформление. Редакционно-издательский
центр Тверского государственного
медицинской университета, 2017

Предисловие

14 апреля 2017 года в Тверском государственном медицинском университете состоялась юбилейная 5-я международная научно-практическая и образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики».

В очередной раз исследователи-единомышленники из разных стран собрались, чтобы обсудить актуальные проблемы медицинской коммуникации. Задуманная как мероприятие по проблемам общения в системе «врач — пациент», конференция далеко вышла за эти рамки и затрагивает гораздо более широкий круг вопросов как философско-теоретического, так и прикладного характера.

Представленные работы отражают растущий интерес к вопросам построения эффективной коммуникации в разных областях медицины (кардиологии, педиатрии, гастроэнтерологии), а также демонстрируют тесную связь университетской науки с практикой, что нашло отражение в докладах, подготовленных учеными совместно с работниками практического здравоохранения.

Основная цель всех достижений науки и образования — это повышение качества подготовки специалистов, а, следовательно, и развитие здравоохранения. Именно эффективная коммуникация «врач — пациент» должна стать одним из приоритетных направлений в современной системе здравоохранения. Умение медицинского работника выстраивать партнерские отношения с пациентами является одним из важнейших компонентов успешного лечения. Конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики» дает возможность осуществить столь необходимое взаимодействие образования и практической медицины, преподавателей, аспирантов, студентов и специалистов медицинских учреждений.

Организаторы благодарят коллег, непосредственно принявших участие в работе конференции и предоставивших оригинальные материалы для сборника статей, и приглашают всех исследователей и практиков, в сферу интересов которых входят вопросы изучения различных аспектов медицинского дискурса, к дальнейшему плодотворному сотрудничеству.

Р. Н. Башилов, канд. филос. наук, доцент

С. М. Башилова, канд. филос. наук

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ОБЩЕНИИ С УМИРАЮЩИМИ ПАЦИЕНТАМИ

The article discusses the basic ethical dilemma in the communication of a doctor and a dying patient. Ethical issues are presented from ethical and legal points of view.

Ключевые слова: дилемма, врач, пациент, патернализм, свобода.

Key words: dilemma, doctor, patient, paternalism, freedom.

Общение между врачом и пациентом можно назвать искусством. Особенно умение общаться важно, когда перед врачом безнадежный больной. В этой ситуации каждое слово, интонация, каждый жест должны быть скрупулёзно подобраны и выверены. Но даже при максимальном мастерстве общения врача с пациентом, на практике мы сталкиваемся со многими этическими дилеммами.

Дилемма (Dilemme), согласно определению известного французского философа Андре Конт-Спонвиля, в широко распространенном смысле слова обозначает трудный выбор из двух в равной мере неудовлетворительных возможностей. В строгом смысле, принятом в логике, это разновидность альтернативы, при которой оба термина подводят к одному и тому же выводу, расцениваемому как неизбежный [3].

В биоэтическом ракурсе дилемма предстает как проблемная ситуация, выход из которой предполагает два взаимоисключающих решения, оба из которых с моральной точки зрения не являются безупречными. В частности, при разрешении острой этической ситуации, конфликтуют два биоэтических принципа — «делай благо» и «уважай автономию личности».

Первой сложной этической ситуацией при общении врача и умирающего пациента является проблема открытости неблагоприятного диагноза.

Дилеммой является то, что в нашей стране до сих пор решения по данному вопросу принимаются патерналистски. Патернализм — многовековая традиция в медицине, в рамках которой взаимодействие между врачом и пациентом представляется «родительским» отношением к больному. В рамках принципа благодеяния, который фундирован в данную модель, врач принимает все важные для пациента решения, беря на себя полную ответственность. Следовательно, узнает ли пациент о том, что у него неизлечимая болезнь, о плохих результатах анализов и неблагоприятном прогнозе, не зависит от него самого. Сегодня зачастую это решают за него врачи или родственники, или вместе взятые. Таким образом, нарушается основополагающий принцип биоэтики — автономия пациента — подразумевающий, что пациент должен иметь право свободного выбора при принятии решения, располагая полной информацией о состоянии своего здоровья.

В нашей стране принцип автономии пациента удостоверяет федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации». Передавая основной смысл закона, нужно указать, что, во-первых, врач не может начать лечение, не предоставив пациенту информации о целях, методах, рисках и последствиях вмешательства. Этот принцип называется «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство», о чем говорится в статье 20. Во-вторых, в статье 22 сказано, что каждый пациент имеет право получить в «доступной для него форме» информацию о состоянии своего здоровья, результатах медицинского обследования, наличии заболевания и так далее. Эту информацию предоставляет пациенту врач. Там же говорится, что информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В этом заключается принципиальный момент. Это значит, что если пациент демонстрирует врачу нежелание что-то знать, врач не может это навязать. То же самое сказано в Международной конвенции по биоэтике 1997 года [2].

Но вместе с этим, мы имеем следующую формулировку: «В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, кото-

рому должна быть передана такая информация» [6]. Здесь и проявляется та самая альтернатива — сообщать либо пациенту, либо родственнику. То есть, в случае тяжелого диагноза врач, по сути, может сразу идти с плохими новостями к родным пациента.

Что такое «доступная» и «деликатная» формы, о которых говорится в законе, также малопонятно. Для каждого человека эти формы индивидуальны. Сказать человеку, что у него онкология, но не объяснить ему, что это значит, что теперь делать, как теперь жить, какое лечение предстоит — это ли доступная форма? А обстоятельно рассказать про будущую терапию, выслушать, обнадежить, но не донести до больного, что его болезнь неизлечима, и он скоро умрет — вроде, доступно, но деликатно ли?

В рамках неопределенности отечественные врачи действуют по пути наименьшего сопротивления, боясь реакции пациентов: слез, шока, истерики, трудных вопросов. Никто не хочет быть вестником смерти. Руководствуясь благом больного, не раскрывают ему реального неблагоприятного состояния его здоровья, допуская откровенную неправду.

Так называемая «спасительная ложь», по сути, означает отказ окружающих, включая врачей, от общения с пациентом на столь тревожную и болезненную тему. Следовательно, вопрос не столько в жалости и сострадании к больному, сколько, чаще всего, в неумении общаться с ним на столь острые темы, и в нежелании нести в дальнейшем ответственность за этого больного. Врач своей «спасительной ложью» самоустраняется от больного, оставляя его один на один со своей бедой. Таким образом, пациент становится «марионеткой» в руках лгущего врача. Скрывая жизненно важную информацию от пациента, врач делает взаимодействие с последним неравноправным, нарушая, тем самым, принципы контрактной модели.

Для того, чтобы избежать неблагоприятных последствий правдивого информирования (ухудшения соматического и психического состояния, суицидов пациентов), нужно не давать врачам право на благородный профессиональный обман пациентов, даже если он мотивируется самыми лучшими человеческими побуждениями, а необходимо научить врачей пользоваться словами правды охотно, умело, и с наибольшей пользой для своих пациентов [5].

В США, Великобритании, Австралии, Германии и многих других странах существуют протоколы и министерские рекомендации, как следует врачу сообщать пациенту диагноз. В нашей стране нет инструкций относительно того, кто, как и когда должен рассказать больному о его болезни. Этому не учат ни в университетах, ни в больницах, об этом не говорят на конференциях, на эту тему не проводились большие исследования.

Как считает известный американский специалист в области биоэтики Рональд Дворкин: «Самое главное отличие западной политической культуры — признание человеческого достоинства каждого индивидуума: люди обладают нравственным правом и несут личную нравственную ответственность за то, чтобы самостоятельно решать фундаментальные вопросы значения и ценности своей жизни».

О взаимном уважении можно говорить только тогда, когда мы охраняем свободу друг друга. «Свобода — это главное и абсолютное условие для самоуважения: никто не может считать, будто его жизнь имеет внутреннее объективное значение, пока он не отвоюет право жить самостоятельно, а не быть ведомым» [8].

Практика общения с умирающими больными показывает, что значительная часть умирающих не готова к смерти. Чаще всего идея смерти вытесняется, она не включена в «картину жизни» умирающих людей и в «картину современной медицины», в мышление большинства врачей. И это несмотря на то, что все исследователи темы смерти и умирания приходят к заключению, что непринятие факта смерти делает жизнь примитивнее. Принятие человеком факта своего умирания и смерти положительно влияют на качество его жизни. Однако вместо того, чтобы смотреть смерти в лицо с достоинством, стать свободным, человек старается избежать её и попадает в экзистенциальный вакуум, жизнь без смысла [7].

Как показывает опыт взаимодействия врачей с больными, умирающими от рака, качество процесса умирания (танатогенез) напрямую зависит от принятия или непринятия факта собственной близкой смерти. В случае принятия, примерно у 20 %, больные уходили из жизни спокойно, умиротворенно, их физическое состояние достаточно легко купировалось. Если возникали отдельные эмоциональные проявления, то они носили слабовыраженный характер и также легко купировались. Около 80 % больных из-за неприятия

ближайшей кончины умирали в беспокойном состоянии, с тяжелыми симптомами, почти не поддававшимися купированию [1].

Отрицание факта приближающейся смерти является разрушающим фактором важнейших сторон жизни умирающего, что проявляется в тяжелом душевном состоянии: в эмоциональном угнетении (возможной агрессии), смысловом вакууме, в дисгармоничных социальных отношениях. Отметим, что когда общество в целом, защищаясь от страха, отворачивается от смерти — редуцируется общество как таковое. И, как следствие, каждый человек, который напоминает членам общества о том, что все не так спокойно, как хотелось бы думать, отвергается жестоким образом. Естественная реакция на тех, кто расшатывает ложную безопасность, является их отвержение [4].

В заключении нужно отметить, что общение врача и пациента и сообщение неблагоприятных новостей о состоянии его здоровья как одна из составляющих коммуникации — самостоятельная область медицины. В США и Европе навыки коммуникации с пациентами — обязательный предмет в медицинских вузах. Прослушав курс, студенты сдают экзамен, в котором обязательно участвуют актеры в роли пациентов. В России студенты-медики слушают теоретический курс по биоэтике на первых курсе. Занятий по навыкам общения в российских вузах нет.

Литература

1. Башилова С.М. Танатологический дискурс и социальные практики адаптации : Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук: / Тверской государственный университет. Тверь, 2011.
2. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (Овьедо, 4 апреля 1997 года). Серии европейских договоров — № 164.
3. Конт-Спонвиль Андре. Философский словарь / Пер. с фр. Е. В. Головиной. — М.: Этерна, 2012. — 752 с.
4. Орестова Е.В., Фредерика де Граф. Смерть как экзистенциальная ситуация // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации. М.: Принтбери», 2009. — С.368-371.
5. Ситуация человека: философский и междисциплинарный дискурс/ под научн. ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой. — Тверь. — 2008 — РИЦ ТГМА —215 с.

6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Законы Российской Федерации. – Москва, 2017.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла / М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
8. Dworkin R. Life's Dominion (paperback edition) / London: HarperCollins. – 1995. – p. 166.

Р. А. Белякова, аспирант кафедры оториноларингологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

СТРАТЕГИЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ

The article reviews and analyses information on doctor-patient communication and summarizes strategies to achieve its effectiveness.

Key words: doctor-patient communication, deliberative model, dialogue between doctor and patient, achieving communication

Ключевые слова: коммуникация врач-пациент, совещательная модель, диалог врача и пациента, достижение эффективности в коммуникации

В настоящее время наиболее распространенной моделью общения врача и пациента является совещательная. Она подразумевает вовлечение пациента в обсуждение, предполагает равенство всех сторон, в том числе, и одинаковую ответственность. Эта модель основана на представлении о том, что взрослый человек способен синтезировать информацию и, анализируя ее, вычленять для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. С другой стороны, современный уровень информационных технологий, широкая доступность медицинской информации в сети Интернет и других СМИ зачастую способствуют формированию у пациента неправильного представления о своём заболевании, что может служить препятствием в построении эффективного диалога между ним и врачом.

Данный факт способствует учащению случаев судебных разбирательств, в том числе, с финансовыми претензиями, где в качестве ответчиков выступают врачи. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи и профессиональные навыки медицинского персонала, а на бездушие, небрежность и формализм медиков. Подмечено, что пациент, связываясь с медицинским работником определенные ожидания, отождествляет его «не только с авторитетным профессионалом-врачевателем, но и утешителем-психологом» [1].

В 2001 году Ассоциация американских медицинских колледжей провела опрос среди пациентов, каким критерием они бы руководствовались, выбирая себе врача. На первом месте оказались коммуникабельность и умение доступными средствами разъяснить пациенту суть сложных медицинских процедур и манипуляций. В связи с этим перед врачом встаёт необходимость формирования у себя навыка личной эффективности — искусства договариваться — умения понять других и корректно донести свою точку зрения.

Целью данной статьи является резюмирование имеющейся информации по вопросу коммуникации в системе «врач — пациент» и формулировка стратегий по достижению её эффективности.

При написании статьи автор главным образом основывался на материалах модульного курса «Искусство договариваться, или Как понять других людей и донести свою точку зрения» Всероссийского инновационного проекта «Школа цифрового века» Педагогического университета «1 сентября» и МГУ имени М. В. Ломоносова.

В рамках совещательной модели общения первым этапом в достижении эффективности в коммуникации «врач — пациент» является определение врачом своей цели — достичь взаимопонимания, договориться с пациентом. Одной из методик является техника формулирования целей с использованием S.M.A.R.T. критериев. Цель должна быть S (specific) — конкретна, т.е. чётко сформулирована, M (measurable) — измерима, т.е. должны быть измеримы параметры, по которым можно будет определить, что результат достигнут, A (achievable) — достижима, R (result-oriented) — ориентирована на результат, т.е. в цели должен быть отражён желаемый результат, а не объём проделанной работы, T (timed) — соотносима с конкретным сроком.

Второй этап — создание необходимого эмоционального фона, который будет способствовать развитию диалога. Е. В. Сидоренко отмечает, что для построения конструктивного диалога необходимо, как минимум, два условия: согласие партнёров слушать друг друга и эмоциональный «штиль». Для лучшего понимания эмоционального состояния собеседника важно обращать внимание не только на то, что он говорит, но и на его поведение, жесты и мимику [4]. А. Пиз в своей книге «Язык телодвижений» достаточно подробно описывает, какие невербальные сигналы могут подска-

зять информацию о чувствах, настроении, намерениях собеседника. Распознавание невербальных сигналов помогает не только лучше понять чувства другого человека, но и создать определённую атмосферу в диалоге. Так, например, демонстрируя открытые жесты, мы тем самым способствуем тому, что и партнёр станет более открытым. Для лучшего установления эмоционального контакта с собеседником так же можно использовать принцип отзеркаливания — копирование жестов, мимики, позы, слов, интонаций партнёра по общению. Принцип отзеркаливания основан на том, что, если человек ощущает схожесть с кем-то, кто рядом, на кого он похож, то это создаёт чувство единства, лёгкости, комфорта, понимания и защищённости [2].

Каким образом врач может снять эмоциональный накал в начале беседы? Во-первых, не откликаться на агрессию, во-вторых, осознать, что пациент имеет право испытывать негативные эмоции, следует показать признание его переживаний, и, в-третьих, перейти к совместному поиску решений.

Третий этап заключается в выборе способа взаимодействия, среди которых в рамках совещательной модели наиболее продуктивным является взаимодействие по типу содружества — совместной деятельности, направленной на достижение совпадающих целей.

Четвёртый этап — выяснение желания оппонента, то есть прояснение его потребностей, интересов, страхов и опасений. Для построения конструктивного диалога на данном этапе можно использовать различные типы вопросов: открытые, закрытые, уточняющие, альтернативные. К тому же важно слышать, что хочет донести до врача пациент. Выслушать и понять собеседника помогут приёмы активного слушания: эхо — повторение слов собеседника, желательное с оборотами и словами, которые он использовал в своей речи; резюмирование сказанного — повторения сказанного пациентом в сжатом виде; логическое следствие — развитие, дополнение мысли собеседника; уточнение — просьба разъяснить, уточнить отдельные высказывания. К ошибкам, препятствующим взаимопониманию, относятся игнорирование, эгоцентризм, натиск, пренебрежение, ложное толкование, преждевременная оценка, негативная установка, манипулирование, преждевременное выражение своего отношения, недостаток или отсутствие внимания, речевая небрежность.

Не менее важен пятый этап — выстраивание своей аргументации. Чтобы диалог был конструктивным необходимо соблюдение следующих правил: вежливость и корректность, простота, общий язык, краткость, наглядность, избегание чрезмерной убедительности.

Заключительный этап — формулирование предложения по решению проблемы.

Таким образом, стратегия достижения эффективности в коммуникации врача и пациента складывается из последовательных этапов: осознание цели, управление эмоциональной составляющей переговорного процесса, готовности слышать оппонента и учитывать его мнение и интересы, способности подбирать аргументы, учитывающие потребности другого человека и способности предложить взаимовыгодное решение.

Литература:

1. Виноградова Е.В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношения «врач — пациент»/ Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й международн. науч.-практ. конф.. — Тверь, 2016. — С. 12-18.
2. Пиз А., Пиз Б. Новый язык телодвижений. Расширенная версия. — М.: Эксмо, 2009. — 416 с.
3. Регистр лекарственных средств России РЛС Пациент 2003. — Москва, Регистр Лекарственных Средств России, 2002.
4. Сидоренко Е.В. Тренинг влияния и противостояния влиянию. — СПб.: Речь, 2004. — 256 с.

И. В. Березовский, канд. мед. наук, доцент

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент

А. И. Березовский, аспирант

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

The article studies compliance and adherence to treatment of patients suffering from cancer and gives information on compliance with the palliative treatment of patients with cancer. The authors focus on the possibility of using a psychological diagnosis to increase treatment efficiency and improve the quality of life of this group of patients.

Key words: adherence to medication, psychological diagnostics, type of attitude to disease, patients with cancer, palliative care.

Ключевые слова: приверженность лечению, психологическая диагностика, тип отношения к болезни, пациенты с онкологическими заболеваниями, паллиативная помощь.

До третьей четверти XX века во взаимоотношениях «врач-пациент» преобладал принцип патернализма, предполагавший неукоснительное соблюдение больным указаний врача. Изменившийся в связи с ростом информированности и автономии пациента стиль взаимоотношений «врач — пациент» привел к введению в 1976–1979 годы в клиническую практику понятия «комплаенс» (англ. compliance — уступчивость, податливость) для обозначения меры, характеризующей правильность выполнения больным рекомендаций врача [12, с. 6]. В качестве синонима стал использоваться оборот «приверженность лечению» (англ. adherence to medication), отмеченный в опубликованном в 2003 году докладе Всемирной организации здравоохранения «Adherence to long-term therapies». Этот доклад был отредактирован врачом Эдуардо Sabaté, отвечавшим за координацию проекта ВОЗ по вопросам «приверженности» длительной терапии. Так язык отреагировал на изменения во взаимоотношениях «врач — пациент», где стал преобладать принципа

партнерства [17], выстраиваемый на «согласии с лечением», «терапевтическом сотрудничестве» и «терапевтическом альянсе». Хотя данные наименования нового стиля сотрудничества между врачом и пациентом имеют стилистические нюансы, они взаимозаменяемы и включает в себя правильность соблюдения больными назначений врача, полное выполнение медицинских рекомендаций, активность в посещении медицинских организаций, высокую степень доверия к врачу.

Некомплаентное поведение больных приводит пошагово к серьезным медицинским последствиям: отсутствие или низкое качество комплаенса → недостаточная эффективность терапии → многократные пересмотры схемы лечения врачом (в случае переоценки им дисциплинированности больного в выполнении рекомендаций) → разочарование врача в успехе лечения и появление мнения о «бесперспективности» больного → дискредитация системы медицинской помощи в глазах пациента. Отсутствие терапевтического сотрудничества является одной из причин несоответствия данных об эффективности лекарственных средств, полученных в строго спланированных исследованиях, и результатов лечения, наблюдающихся в условиях повседневной клинической практики [16].

В данной работе мы рассмотрим проблемы комплаенса применительно к больным, страдающим онкологическими заболеваниями и получающим паллиативную помощь в условиях терапевтического стационара городской больницы. При этом основной детерминантой исследования является не использование способов оценки качества комплаенса, а изучение влияния медицинских, социальных и психологических факторов на эти отношения.

Большинство онкологических больных находится на поздней (3–4) стадии заболевания, для которой характерно отсутствие реакции на комплексное лечение. Почти 75 % пациентов с прогрессирующим раком очень часто испытывают боль в сочетании с другими симптомами, такими как астения, анорексия, недоедание, проблемы с кожными покровами, сухость во рту, жажда, запор, тошнота или рвота, беспокойство, плохое настроение, депрессия, спутанность сознания и бессонница [2, 1]. Для таких пациентов единственным доступным средством является паллиативная помощь, которая сосредоточена главным образом на обезболивании [8].

Паллиативная помощь — это подход, который улучшает качество жизни пациентов посредством профилактики и облегчения страданий. Для удовлетворения многочисленных и разнообразных потребностей пациентов паллиативный уход должен быть целостным, мультидисциплинарным и семейным. Его цели достигаются путем:

- облегчения боли и других тревожных симптомов;
- утверждений о жизни и смерти, как естественных процессах;
- интеграции психологических и духовных аспектов в уход за пациентами;
- использования системы поддержки, способной помочь пациентам жить как можно активнее до смерти;
- использования системы поддержки семьи пациента во время тяжелой болезни и в период тяжелой утраты;
- использования группового подхода для удовлетворения потребностей пациентов и их семей;
- повышения качества жизни и, возможно, положительного воздействия на течение болезни;
- оказания паллиативной помощи на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни, например, химиотерапией или лучевой терапией, а также лечением, необходимым для устранения тяжелых клинических осложнений [11].

Паллиативная помощь остается, по-прежнему, во всем мире второстепенным видом помощи, в результате чего страдают многие миллионы больных раком [3].

Ключевым компонентом комплексной программы паллиативной помощи является обезболивание. Освобождение от боли при раке может быть достигнуто приблизительно у 90 % пациентов. Данные исследований C. Miaskowski, S. L. Dupenand, S. Ward [4, 10, 14] свидетельствуют о том, что одним из основных факторов, способствующих возникновению боли при раке, является отсутствие «приверженности» пациентов к соблюдению терапевтического режима. Исследование Ward et al. [14] показало, что треть пациентов, находящихся на контроле, задерживали или часто пропускали предписанные дозы препаратов.

Несоблюдение назначений – проблема, имеющая много детерминант. Ответственность за «приверженность лечению» должна разделяться между специалистами здравоохранения, врачами, обществом и пациентами. В ходе многочисленных исследований выявлены факторы, влияющие на «терапевтическое сотрудничество». Они сгруппированы по пяти параметрам: социально-экономические; системно-организационные; соматические; терапевтические; и личностно-характериологические.

Такие факторы, как отсутствие знаний об управлении болью [3, 13], непонимание инструкций о том, как принимать препараты [15], схемы комплексного лечения [15], беспокойство по поводу побочных эффектов [7], недостаточное понимание специалистами здравоохранения зависимости от наркотиков [9] способны создать серьезные проблемы «приверженности лечению» больных онкологическими заболеваниями. Некоторые предлагаемые меры по повышению «приверженности лечению» и облегчению болевого симптома при злокачественных новообразованиях носят конкретный характер и заключаются:

- в сотрудничестве с пациентом, формируемом путем обучения управлению болью и предупреждению побочных эффектов, а также путем поощрения активного участия пациента в его собственной терапии боли [15];
- в доброжелательных взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами [5];
- в упрощении режима приема лекарственных средств, заключающемся, по возможности, в использовании препаратов не чаще одного/двух раз в день [15].

Как правило, пациенты с онкологической патологией, нуждающиеся в паллиативной помощи, имеют не только соматические, но и психологические проблемы. В то время как соматические проблемы могут быть разрешены путем оказания первичной или стационарной медицинской помощи, психосоматические аспекты, в большинстве случаев, не находят должной и своевременной диагностики и коррекции.

Общеизвестно, что пациентам с различными видами неоплазий медицинская помощь оказывается в общетерапевтических стационарах. Поскольку наряду с соматической патологией данные лица

обнаруживают определенные психосоматические отклонения, в значительной мере затрудняющие комплаентные взаимоотношения в рамках биомедицинской этики в системе «врач — пациент», это сказывается на качестве лечебного процесса. Вследствие этого, рассматриваемая группа больных нуждается в проведении психодиагностики с целью определения типа отношения к болезни и выработки оптимального коммуникативного режима взаимодействия «врач-пациент».

С учетом выявленных проблем в области терапевтического сотрудничества у больных, получающих паллиативную помощь, и спецификой их госпитализации в городские больницы, в основу нашего исследования был положен личностный подход реагирования на заболевание.

Цель исследования

Провести оценку личностного реагирования на заболевание у больных злокачественными новообразованиями и на основании типа отношения пациента к имеющемуся заболеванию определить степень комплаентных отношений для выбора оптимальной тактики поведения врача.

Объект и методы исследования

Объектом исследования явились 42 пациента с онкологическими заболеваниями 3-ей — 4-ой стадий, в возрасте от 60 до 70 лет, находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской больницы.

У 12 из них диагноз был установлен впервые, 30 пациентов с ранее поставленным диагнозом получали симптоматическую терапию или проходили лечение по поводу интеркуррентных заболеваний.

Для психологической диагностики типов отношения к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями была использована тестовая методика, разработанная в лаборатории клинической психологии института им. В. М. Бехтерева (ТОБОЛ).

Результаты исследования

Анализ полученных данных показал, что у подавляющей части пациентов (29 больных — 69,0 %) диагностирован тревожный тип отношения к болезни (в варианте — тревожно-депрессивный тип).

При этом пациенты практически не проявляли обсессивно-фобических реакций (тревожная мнительность в отношении маловероятных, но возможных осложнений и неудач, как при течении болезни, так и в отношении социальных сфер жизни). Согласно утверждениям пациентов с данным типом отношения к заболеванию их внутренний «психологический портрет», а, следовательно, и особенности взаимодействия с врачом и другими медицинскими работниками, строились, как правило, на беспокоействе в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения. Для пациентов этой подгруппы характерными проявлениями были: поиск «инновационных» способов лечения, иногда даже нетрадиционных, поиск новых «авторитетов и корифеев» в лечении онкопатологии, требование замены врача, перевода в другое лечебное учреждение.

У 10 пациентов (23,8 %) определялся диффузный тип отношения к болезни, при этом у 8-ми из них наблюдалось сочетание шкал 6, 7 и 10 (неврастенический тип, меланхолический тип и эгоцентрический тип). Характерной чертой у этой подгруппы пациентов следует считать внезапные вспышки раздражения, особенно при резком ухудшении соматического состояния (болевого синдром, удушье, трудности при совершении физиологических отправления) в сочетании с активными депрессивными высказываниями, а также с демонстрацией окружающим своих страданий с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. У двух пациентов диффузный тип отношения к болезни включал в себя шкалы 5, 6 и 9 (ипохондрический, неврастенический и сенситивный типы). При этом чрезмерное сосредоточение на субъективных неприятных нарушениях сочеталось с озабоченностью тем неприятным впечатлением, которое может произвести пациент на окружающих, боязнью стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения окружающих.

У 3-х пациентов (7,2 %) был диагностирован «чистый» тип отношения в болезни — анозогностический, при котором структура личности пациентов характеризовалась полным «отбрасыванием» мыслей о болезни и ее возможных последствиях». У одного пациента наблюдались эйфорические компоненты (мужчина 63 лет с неоплазией легкого): необоснованная приподнятость настроения,

стремление к нарушению режима и невыполнению врачебных рекомендаций.

Приведенные данные позволяют заключить, что для оптимизации взаимоотношения «врач — пациент» с целью повышения степени комплаентности пациента необходимо руководствоваться типом отношения пациента к имеющемуся у него заболеванию. При этом важно подчеркнуть, что у пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в паллиативной помощи, редко наблюдался «чистый» тип отношения к болезни, в частности, анозогностический. В подавляющем большинстве отмечался полиморфизм психоэмоциональных изменений, что нашло подтверждение в диффузных типах отношения к болезни.

Оказалось, что наиболее сложно прогнозировать ситуацию с достижением «компромисса» во взаимоотношении «врач — пациент» в случае с пациентами, имеющими тревожно депрессивный тип отношения к болезни. Такие пациенты, несомненно, нуждаются в медикаментозной коррекции. В стандарте ведения этих пациентов должен быть предусмотрен осмотр больного психотерапевтом или врачом-психоневрологом с назначением антидепрессантов и/или анксиолитиков.

Следует отметить, что больные, страдающие онкологическими заболеваниями, обнаружившие при проведении теста сочетание неврастенического, меланхолического и эгоцентрического типа, являются самой сложной группой, как при проведении психокоррекционной беседы, так и при выборе фармакотерапии. Именно пациентов данной группы необходимо рассматривать как лиц с низким уровнем комплаентности, нуждающихся не только в особом коммуникативном подходе со стороны лечащего врача, но и в организации общего ухода и выполнения врачебных назначений (уровень младшего и среднего медицинского персонала).

Примечательно, что только лица, имеющие анозогностический тип отношения к болезни (шкала первого блока), при существовании которого психическая и социальная адаптация практически не нарушается, могут адаптивно взаимодействовать с медицинским персоналом. При этом личная беседа врача с пациентом, осуществляемая в рамках ежедневного взаимодействия (ежедневный обход, общий осмотр, уточнение данных актуального состояния, коммен-

тарии при проведении стандартизированных методов исследования) позволит достичь оптимального уровня комплаентности при осуществлении лечебного и реабилитационного процесса.

Литература

1. Addington-Hall J., McCarthy, M. Dying from cancer: results of a national population-based investigation // *Pall Medicine*. — 1995. — №9. — P. 295-305.
2. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization. — 1990. — (WHO Technical Report Series, № 804). — 75 p.
3. Cancer pain relief, 2nd ed. With a guide to opioid availability. Geneva, World Health Organization. — 1996. — 63 p.
4. Du Pen S.L. et al. Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial // *Journal of Clinical Oncology*. — 1999. — 17. — P. 361-370.
5. Ferrell B.R., Dean G.E. Ethical issues in pain management at home // *Journal of Palliative Care*. — 1994. — 10: P. 67-72.
6. Haynes R.B. Introduction. In: *Compliance in Health Care*. / R.B. Haynes, D.L. Sackett, D.W. Taylor, editors // Baltimore: JohnsHopkinsUniversityPress. — 1979. — P. 1-18.
7. Horne R., Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness // *Journal of Psychosomatic Research*. - 1999. — 47. — P. 555-567.
8. Jordhoy M.S. et al. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial // *Journal of Clinical Oncology*. — 2001. — 19. — P. 3884-3894.
9. MacDonald N. et al. A Canadian survey of issues in cancer pain management // *Journal of Pain & Symptom Management*. — 1997. — 14. — P. 332-342.
10. Miaskowski C. et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management // *Journal of Clinical Oncology*. — 2001. — 19. — P. 4275-4279.
11. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva, World Health Organization. — 2002. — 203 p.
12. Sackett D.L. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: *Compliance with therapeutic regimens*. / D.L. Sackett, R.B. Haynes, editors // Baltimore: Johns Hopkins University Press. — 1976. — P. 1-25.
13. Ward S.E. et al. Patient education in pain control // *Supportive Care in Cancer*. — 2001. — 9. — P. 148-155.

14. Ward S.E. et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. // *Pain*. – 1993. – 52. – P. 319-324.
15. Zeppetella G. How do terminally ill patients at home take their medication? // *Palliative Medicine*. – 1999. – 13. P. – 469-475.
16. Данилов Д.С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – 10(6). – С. 5-7.
17. Ястребов В.С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии // *Психиатрия*. – 2012. – 4(56). – С. 7-13.

В. Ю. Брюнеткин, ассистент кафедры детских болезней

Ю. С. Апенченко, канд. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой детских болезней

А. А. Седова, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры детских болезней

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Communication with children and their parents is an important part of paediatric practice. This review describes deontological aspects of intercommunication in paediatrics.

Key words: paediatric, deontology, communication.

Ключевые слова: педиатрия, деонтология, коммуникация.

Ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее (Конвенция о правах ребенка) [3].

Одной из основных сложностей в работе врача-педиатра является активная работа в деонтологических системах «врач – ребенок», «врач – представители ребенка (родители)» [4]. Из определения понятия «ребенок» ясно, что для такой большой возрастной группы необходимы различные механизмы взаимодействия. С чем это связано?

Во-первых, прямое взаимодействие с ребенком ограничено, пока ребенок не достигнет определенного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями функционирования нервной системы и особенностями восприятия в детском возрасте. Неоспорим факт, что врач-педиатр не может собрать жалобы у ребенка грудного возраста. У детей-дошкольников возможности сбора жалоб ограничены. Ребенок может не знать предмета вопроса (не знает, что такое изжога), может иначе понимать вопрос (может отождествлять тошноту и рвоту), но данные особенности можно частично минимизировать, объясняя каждый задаваемый вопрос

наиболее подробно. Тем не менее, особенности функционирования нервной системы и восприятия обойти не получится. Дети дошкольного возраста плохо дифференцируют болевые ощущения, что связано с генерализацией процессов в головном мозге и особенностями рецепторного аппарата (дети плохо локализируют болевые ощущения: невозможно уточнить точную локализацию болей в животе, иногда боль в пояснице или грудной клетке может восприниматься ребенком как боль в животе) [1].

Во-вторых, дети школьного возраста могут намеренно симулировать или скрывать симптомы различных заболеваний или состояний, что может быть обусловлено различными факторами. Школьники могут симулировать или агgravировать симптомы заболевания в случае сложной психологической обстановки в семье или школьном коллективе. В таких ситуациях необходимо внимательное взаимодействие с пациентом для точного определения, где имеет место симуляция болезни, а где психосоматическое заболевание (симптомы которого чаще всего и копируются детьми) [2]. Соккрытие симптомов преимущественно связано со страхом школьника лишения привилегий (ребенок боится, что из-за заболевания ему запретят посещение спортивной секции) или со страхом последствий каких-либо совершённых действий (девочки-подростки называют проявления беременности на ранних сроках симптомами заболеваний пищеварительной системы, боясь реакции родителей и окружающих).

В-третьих, настроение детей в силу особенностей протекания физиологических и патофизиологических процессов может резко изменяться за время заболевания. В начале болезни ребенок отличается пониженным эмоциональным фоном, но при адекватном лечении дети быстро становятся активными, эмоциональный фон повышается. Инвазивные манипуляции тяжело воспринимаются детьми и могут приводить в последующем к развитию «синдрома белого халата». Дети, особенно младшего возраста, чувствительны к изменениям обстановки, из-за чего при госпитализации в стационар их психологическое состояние будет ухудшаться. Аналогичная реакция возможна, если выздоравливающий ребенок видит тяжёлое протекание болезни у других пациентов.

Следовательно, эффективное взаимодействие врача и ребенка должно соответствовать нескольким условиям. Ими являются:

- адекватное взаимодействие с родителями (особенно для детей раннего возраста);
- учёт индивидуальных психологических особенностей пациента (особенно для детей старших возрастных групп);
- использование преимущественно неинвазивных манипуляций;
- доброжелательная атмосфера в медицинском учреждении.

Взаимодействие с родителями ребенка необходимо по нескольким причинам: родители являются официальными представителями интересов ребенка, родители могут помочь или осложнить контакт с ребенком. В связи с этим, врачу-педиатру необходимо наладить контакт с родителями пациента с самых первых действий.

Первый аспект является сугубо юридическим, но без получения добровольного информированного согласия врач не имеет права осуществлять какие-либо диагностические или лечебные манипуляции в отношении ребенка. Если согласие родителей не получено, то оказание медицинской помощи возможно только в условиях угрозы жизни ребенка.

Второй аспект тесно взаимосвязан с возрастом ребенка и внутрисемейными отношениями. Дети младшего возраста не могут адекватно оценить собственное состояние и рассказать, что их беспокоит. В этой ситуации основная часть информации о состоянии ребенка до обращения к врачу может быть получена только от родителей. В то же время опрос должен проводиться максимально аккуратно и понятно, следует избегать профессиональной терминологии, а при необходимости доступно объяснять значения терминов, не давать резкой оценки действиям родителей, не оскорблять и унижать их достоинство.

Врач-педиатр должен понимать, что психологическое состояние родителей, когда их ребенок болен, не всегда позволяет им разумно оценить свои действия и действия окружающих. Тревога за здоровье ребёнка и проявление некоторой агрессии в отношении медицинского персонала может быть вариантом защиты ребенка от окружающих или проявлением индивидуальных личностных особенностей. В обоих случаях следует проявить понимание, чтобы не допустить конфликта.

В случае работы с детьми старших возрастных групп следует учитывать внутрисемейные отношения. Это может быть обусловле-

но тем, что взаимоотношения «родители — ребенок» могут осложнить формирование полноценного контакта «врач — пациент» в связи с психологическим давлением родителей на пациента, гиперопекой. Упрощают же формирование связи «врач — пациент» доверительные и уважительные отношения в семье.

Таким образом, в педиатрической практике взаимодействие «врач — пациент» представляет собой совокупность взаимосвязей «врач — ребенок», «врач — родители» и «родители — ребенок». Продуктивная работа с пациентом возможна только в случае полноценного понимания врачом этих процессов. Преобладание компонента «врач — родители» допустимо только в младших возрастных группах, далее, по мере взросления ребенка и формирования его психики, большую роль приобретает компонент «врач — пациент».

Литература

1. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. / 3-е изд., доп. и перераб. — СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2010. — 1008 с.
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / СПб: Речь — 2005. - 400с.
3. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989; вступила в силу для СССР 15.09.1990).
4. Общетеоретические концепции медицины, здравоохранения и народонаселения. Медицинская этика, деонтология, биоэтика. [Электронный ресурс] / Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. 3-е изд., перераб. и доп., 2013. — 544 с.

В. В. Буланов, канд. филос. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ДИАЛОГИЧЕСКАЯ КОММУНИКАЦИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

The article deals with correlation between concepts of dialogical communication, dialogical discourse and medical discourse.

Keywords: dialogical communication, dialogical discourse, medical discourse.

Ключевые слова: диалогическая коммуникация, диалогический дискурс, медицинский дискурс.

Изучение медицинского дискурса как одного из институциональных дискурсов приводит к открытию его двойственности. С одной стороны, медицинский дискурс кажется вполне автономным, так как он по-своему, по-медицински, «интерпретирует» реальность, овладевает ею «с помощью означивающих выражений» [6, с. 41]. Тем самым, медицинский дискурс создает «систему мышления» врача, которую можно понять, лишь обращаясь к содержанию данного дискурса (к задаваемым им стандартам истинностного знания, обоснованиям норм и ценностных установок врачей и медицинского персонала) [4, с. 468; 8, с. 73–74].

С другой стороны, автономия медицинского дискурса относительна, так как все субъекты, вовлечённые в этот дискурс (как и в любой другой), являются таковыми через «взаимоотношение между вопросом и ответом» [6, с. 364–365]. А оно предполагает обращенность к диалогическому виду существования, объединяющему всех субъектов, открытых для диалога с другим человеком [3, с. 141–142], в том числе, и вовлечённых в медицинский дискурс. Выявленная двойственность свидетельствует о наличии такой проблемы, как исследование влияния диалогической коммуникации на медицинский дискурс. В связи с вышеперечисленным можно предположить, что это общение играет определяющую роль в функционировании медицинского дискурса.

Начнём с того, что диалогический компонент присутствует не только в медицинском, но и в любом частном дискурсе. Это происходит потому, что диалогический дискурс (следствием функционирования которого и является диалогический компонент медицинского дискурса) является не частным, а универсальным дискурсом.

Об этом свидетельствует, во-первых, сочетание лингвистической составляющей и властной составляющей в диалогическом дискурсе. Ведь этот дискурс предстает и как особый «речемыслительный процесс», семантически обеспечивающий «общение собеседников» [5, с. 135, 137], и как источник детерминации мышления и деятельности участников диалогической коммуникации, являющийся объектом их соперничества [9, с. 51]. Поскольку в диалогической коммуникации периодически участвуют все люди, и в то же время каждый человек испытывает властное воздействие этого дискурса, диалогический дискурс можно считать властью речи, и эта власть имеет универсальный характер. Участники медицинского дискурса вынуждены принимать совместное участие в диалогической коммуникации, причем её специфика predeterminedлена вопросами, связанными с лечением конкретного пациента или обеспечением лечения потенциальных пациентов.

Во-вторых, об универсальности диалогического дискурса, в том числе, и в сравнении с таким частным дискурсом, как медицинский дискурс, свидетельствует содержание аксиологического, гносеологического, онтологического и праксиологического аспектов диалогического дискурса.

Аксиологический аспект данного дискурса свидетельствует о его универсальности, потому что общение осуществляется в процессе установления «ценностных соответствий» между участниками диалога [2, с. 57–58]. Без успешного завершения этого процесса невозможен выбор между альтернативными смыслами [6, с. 145], и его вынуждены совершать субъекты, вовлеченные в любой частный дискурс, в том числе, и в медицинский. Например, в процессе выбора приоритетной ценности между личной свободой пациента и спасением его жизни каждый врач формулирует отношение к смыслу понятия «эвтаназия», и, соответственно, решение о допустимости или недопустимости её проведения в случае с тем или иным пациентом.

Гносеологический аспект диалогического дискурса имеет универсальную значимость потому, что именно участие в диалогической коммуникации помогает любому субъекту формулировать свои мысли и, как следствие, приобрести «дискурсивный способ мышления» [5, с. 135; 6, с. 151], который поможет ему в ведении профессиональной деятельности. Например, врач, беседующий с пациентом, получает возможность поставить более точный диагноз, нежели врач, ставящий диагноз, основываясь исключительно на истории болезни.

Об универсальном характере онтологического аспекта диалогического дискурса свидетельствует то, что лишь диалогическая коммуникация обеспечивает поддержание уровня взаимности, необходимого как для выживания каждого отдельного индивида [10, с. 19] благодаря обществу, так и для сохранения общества благодаря включению любого субъекта («Я») в определенный социум («Мы») [7, с. 50]. Например, больница как социальный институт существует потому, что в ней обеспечивается диалогическая коммуникация между врачом и пациентом, содействующая излечению пациента. Благодаря общению отдельных врачей происходит их интеграция в сообщество медицинского персонала данной больницы, которая обеспечивает функционирование этого социального института и, тем самым, поддержание допустимого уровня качества жизни у членов соответствующего социума.

Наконец, универсальность праксиологического аспекта диалогического дискурса проявляется как в том, что диалогическое общение имеет интерсубъективный характер, так и в том, что диалог — это наиболее часто используемая и древнейшая форма речевой деятельности [2, с. 37; 6, с. 147]. В частности, с самого возникновения врачевания ему сопутствует диалогическая коммуникация, так как без неё сложно ставить правильный диагноз и успешно осуществлять врачебную деятельность.

Всеобщая вовлеченность субъектов в диалогический дискурс оказывает постоянное влияние на все частные дискурсы, в том числе, и на медицинский дискурс. Во-первых, это происходит процессуально, так как диалогическая коммуникация осуществляется в ходе взаимного соотношения позиций участников беседы путем обмена диалогических выражений — аргументов [1, с. 194–196, 202]. Именно в ходе диалога на врачебном консилиуме формулируется общее представле-

ние об оптимальном лечении того или иного пациента. Во-вторых, участие в том или ином диалоге предполагает пребывание в конкретном коммуникативном пространстве — в том «Мы», которое отражает единство и диалог «я» и «ты»³ всех участников диалога и составляет их интересубъективную общность [6, с. 50–52]. Например, общность между врачом и пациентом, которые обсуждают симптоматику заболевания, интересующую их обоих, является коммуникативным пространством данных субъектов. И, в-третьих, участники диалогической коммуникации ориентируются на одно и то же проблемное поле, так как желают друг другу «доказать ставшие проблематичными притязания на значимость» [9, с. 19–20], обсуждают круг проблем, общий для всех участников диалога. В частности, когда два пациента, стоящие в очереди на приём к врачу, обсуждают проблемы, связанные с лечением заболевания, присутствующего у них, их диалог связан с объединяющим их проблемным полем.

Исходя из вышесказанного, можно прийти к выводу, что диалогическое общение оказывает постоянное влияние на все аспекты функционирования медицинского дискурса. Это влияние столь существенно, что без него вряд ли была бы возможной коммуникация между врачом и врачом, врачом и пациентом, пациентом и пациентом, отражающая сущность медицинского дискурса. Также диалогическая коммуникация связана со спецификой всех аспектов функционирования этого дискурса, с особенностями его процессуальности, коммуникативного пространства и проблемного поля. Соответственно, существование медицинского дискурса предопределено участием субъектов, вовлеченных в данный дискурс, в диалогической коммуникации.

Литература

1. Апель К.-О. Коммуникативное сообщество как трансцендентальная предпосылка социальных наук / Трансформация философии. — М.: Логос, 2001. — С. 193-236.
2. Борботько В.Г. Принципы формирования дискурса: От психолингвистики к лингвосинергетике / М.: КомКнига, 2007. — 288 с.
3. Бубер М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. — М.: АСТ, 1999. — С. 122-161.
4. Губман Б.Л. Введение в философию культуры // Современная философия культуры. — М.: РОССПЭН, 2005. — С. 289-523.

5. Плахотная Ю.И. Диалогический дискурс в когнитивном аспекте / Вестник Челябинского государственного университета. Серия «Филология. Искусствоведение». — 2011. — № 25. — С. 135-137.
6. Рикёр П. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике / М.: Академический проект, 2008. — 695 с.
7. Франк С.Л. Духовные основы общества / М.: Республика, 1992. — 511 с.
8. Фуко М.П. Археология знания / Киев: Ника-Центр, 1996. — 208 с.
9. Фуко М.П. Порядок дискурса / Фуко М.П. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. — М.: Касталь, 1996. — С. 48-95.
10. Хабермас Ю. Между натурализмом и религией. Философские статьи / М.: Издательство «Весь мир», 2011. — 336 с.

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава РФ, Тверь, Россия

КОММУНИКАТИВНЫЙ АСПЕКТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭНКУЛЬТУРАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

The article deals with the problem of verbal and nonverbal medical conversation training of students. There will be a need of preparing them for the doctor-patients interactions. The possibilities of communicative training in LSP classes are discussed.

Key words: medical enculturation, deficit in discourse skills, communicative training, conversational courses.

Ключевые слова: медицинская энкультурация, дефицит дискурсивных навыков, коммуникативная подготовка, спецкурс по коммуникации.

Поступая в медицинский вуз, будущие медики попадают в особую образовательно-социальную среду, требующую постепенной профессиональной энкультурации. Этот процесс подразумевает приобщение обучающихся к новой для них институциональной сфере. Медицинская энкультурация преследует цель не только сформировать соматико-технические профессиональные компетенции, основанные на многовековых традициях врачевания и современных научных знаниях. Не менее важная задача — подготовить обучающихся к закономерностям и особенностям медицинской среды, соблюдение которых способствует оптимизации оказания помощи населению.

Одной из таких особенностей является коммуникативная составляющая профессионализма врача. Врачевание — профессия лингвоактивная. От того, насколько будущий медик овладеет коммуникативными приемами, учитывающими психолингвистические и социальные особенности медицинского дискурса, зависит его профессиональная жизнь. Установление доверительного контакта с пациентом помогает выяснить нюансы, значимые для постановки диагноза и курации, мотивировать его к действиям, необходимым для достижения положительного результата лечения. Выздоровление или улучшение состояния больного способствует, в свою оче-

редь, самоидентификации молодого врача в профессии и коллективе. Успешно выстроенная интеракция позволяет оптимизировать рабочий график, минимизировать эмоциональную нагрузку и избежать стрессов, вызванных отсутствием взаимопонимания с пациентом и его родственниками. В отдаленной перспективе коммуникативная подготовленность врача к медицинскому дискурсу помогает снизить вероятность его профессионального выгорания.

Неготовность молодого специалиста к коммуникации объясняется отсутствием в образовательной программе единого специального курса ведения врачебной беседы. На клинических кафедрах в основу опроса пациента обучающиеся берут часть истории болезни, значимую для пребывания и лечения пациента в клинике. Моментам, важным для поддержания долгосрочного комплаенса пациента, для терпеливой продолжительной работы с пациентом по профилактике, изменению образа жизни должного внимания и времени не уделяется. Кроме того, в коммуникативной подготовке врача делается акцент на модели первичной беседы, что контрастирует с клиническими врачебными буднями, где преобладают повторные консультации.

Неверно полагать, что коммуникативные навыки, необходимые врачу в ежедневной практике, формируются эмпирически по прескриптивным моделям, воспринятым из дискурсивного репертуара старших коллег, и выработанным в результате собственных проб и ошибок. Такой путь не ограждает от неудач, ведущих к разочарованию как в отдельных рабочих ситуациях, так и в профессии в целом. Профессионально ориентированным коммуникативным приемам и техникам необходимо обучать так же, как и другим аспектам врачебной деятельности.

Значение коммуникативной подготовки молодых специалистов возрастает не только из-за осознания дефицита дискурсивных навыков, существующего в среде начинающих врачей. Возникающий у пациентов посткоммуникативный дискомфорт отмечается и после общения со специалистами, имеющими многолетний стаж работы.

Усовершенствование программы подготовки будущих медиков в аспекте медицинской интеракции продиктовано также введением новой формы квалификационной оценки выпускников медицинских вузов: аккредитацией, один из этапов которой строится на демонстрации профессиональных знаний через диалог с пациентом.

В силу того, что данный аттестационный этап предполагает предварительный тренинг по предложенным клишированным эталонам, он помогает успешно справиться с поставленной экзаменационной задачей. Однако он не отражает уровень сформированности навыков ведения беседы, одна из сторон которой (пациент) как *Terra incognita* способна преподнести любую неожиданную реакцию и в плане содержания, и в плане выражения [4].

Следует учитывать, что коммуникация представляет собой сложное взаимодействие собеседников, имеющее не только вербальный план выражения. Языковая сторона интеракции включает в себя множество нюансов фонологического и фонематического характера (интонационный контур, расстановка пауз, тембр, высота тона), способных повлиять на стилистику интеракции и развитие дискурса. Паралингвистические невербальные характеристики, сопровождающие речь, такие как язык тела, взгляд, мимика вносят в беседу дополнительную окраску, придавая ей пациент- или доктор-центрированную направленность [1]. Лингвистическая сторона интеракции тесно связана с психологической составляющей, которая оказывает влияние на развертывание дискурса и его результат. Как и любое другое социальное явление, коммуникация имеет теоретически обоснованные закономерности.

Познавая их, и оттачивая дискурсивные навыки в учебных диалогических секвенциях, обучающийся может подготовиться к реальным ситуациям ведения беседы в институциональной обстановке. Здесь, под руководством опытных преподавателей будущий врач сможет спроецировать приобретенные ранее знания законов коммуникации на специфику конкретной клинической дисциплины.

Возможность ознакомиться с общими закономерностями коммуникации должна предоставляться будущим медикам уже на доклинических этапах обучения. Представляется, что в идеале это должно осуществляться в рамках специального надпредметного курса врачебного дискурса, который бы объединял такие направления, как коммуникативная лингвистика, медицинская психология. Привлечение к проведению семинаров преподавателей клинических дисциплин могло бы дополнить программу семинара разбором дискурсивно сложных проблемных тем, например, «Беседа с родителями неизлечимо больного ребенка», «Беседа с онкологическим больным», «Беседа через третье лицо» и так далее.

Осознавая важность коммуникативной подготовки обучающихся, преподаватели кафедры иностранных и латинского языков предпринимают попытку включения в программу дисциплины «Иностранный язык специальности», осваиваемой на втором курсе, некоторых аспектов дискурсивной медицинской практики. Основой для этого служит положение, что врачебная беседа строится на соблюдении институционально predetermined коммуникативных моментов. Это означает, что они могут быть проанализированы, усвоены, апробированы и оценены. Конечно, для некоторых техник ведения беседы существуют производные, связанные со спецификой отдельной медицинской дисциплины. Однако в фазе общеобразовательного доклинического обучения они рассматриваться не должны.

Для проведения занятий по формированию специальных коммуникативных навыков выбирается тщательно выверенный текстовой материал по актуальным заболеваниям, объединенный в тематические блоки: сердечно-сосудистые заболевания, респираторные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и так далее. Содержательный план всех текстов соответствует базовым характеристикам возникновения, течения и лечения заболевания, что позволяет обучающимся через иностранный язык знакомиться со специальностью. После тщательной работы смысловой части и лексических гнезд по разделам: частота и встречаемость заболевания, причины, симптомы, лечение, возможные осложнения, профилактика, перед обучающимися ставятся задачи коммуникативного характера. Им предлагается, работая в малых группах, провести первичный респрос пациента по схеме Status praesens. Перед выполнением задания объясняется разница между типами вопросов: открытыми, закрытыми, уточняющими, конкретизирующими. При этом отмечается, какую целевую нагрузку несет каждый из типов, и как они вписываются в развертываемый курс. Демонстрируется, каким образом в зависимости от поставленной задачи вопросы могут варьироваться. После выполнения задания проводится анализ предлагаемых опций, вносятся коррективы, и выбирается оптимальный вариант.

Следующий акцент делается на дискурсивно значимых способах выражения модальности в речи врача в зависимости от преследуе-

мой цели. Отмечаются модели, имеющие меньшую директивность, и, следовательно, большую пациент-центрированную стилистику.

Важным аспектом формирования дискурсивных медицинских навыков является просмотр учебных роликов на иностранном языке, демонстрирующих коммуникативные ситуации врачебных будней. Этот вид работы позволяет обучающимся оценить предлагаемую модель беседы «врач – пациент», высказать свое отношение к увиденному, предложить, в случае несогласия, альтернативный вариант поведения. Например, «Врач должен был поздороваться», «Врач-практикант должен представиться», «Пауза после первого вопроса была затянутой, не последовало уточняющей фразы» и так далее.

Конечно, названные виды работы не исчерпывают весь арсенал коммуникативных приемов, благодаря которым обучающиеся медицинского вуза, начиная с доклинических дисциплин, проходят врачебную энкультурацию. Делая первые шаги в этом направлении на младших курсах, проговаривая ситуации, приближенные к реальным, будущие врачи закладывают фундамент под свое стремление стать хорошими врачами.

Литература

1. Виноградова Е.В. Коммуникативные факторы медицинского курса, влияющие на взаимоотношение «врач – пациент» // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики. – Тверь: РИЦ Тверского ГМУ, 2016. – С.12-18.
2. Жданова Е.В. Личность и коммуникация: практикум по речевому взаимодействию / М.: Флинта. Наука, 2010. – 126 с.
3. Жилиева О.А. Роль языка в профессиональной культуре врача [Электронный ресурс] / АКД на соискание ученой степени кандидата культурологи – Улан-Удэ, 2009. – 17 с. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/rol-yazyka-v-stanovlenii-professionalnoi-kultury-vracha>, свободный. – (дата обращения 15.03.2017).
4. Иссерс, О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи [Текст] / М.: Издательство ЛКИ, 2012. – 304 с.
5. Lalouschek J. Aertzliche Gespraechausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des aertzlichen Gespraechs/ In: Biesener, T.&Bronsb-Albert, 1994. – 195-216.<https://books.google.ru/>.
6. Lalouschek J. Moeglichkeiten und Probleme der Gespraechausbildung von MedizinstudentInnen/J.Lalouschek. – In: Redder, A&Wiese, 1994. – 199-217. <https://books.google.ru/>.

Н. Г. Гавриленко, канд. филол. наук, доцент

И. А. Бабчинская, студентка

М. А. Рожкова, студентка

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В РЕЧИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

The article focuses on different types of medical terminology as a potential communication barrier in the medical discourse and ways to overcome it.

Key words: doctor — patient communication, barrier, medical terminology, lay words, abbreviation, euphemism.

Ключевые слова: коммуникация «врач — пациент», барьер, медицинская терминология, общеупотребительные слова, аббревиатура, эвфемизм.

Исследователи медицинского дискурса ставят в центр своих интересов коммуникацию врача (или другого медицинского работника, например, медицинской сестры) и пациента, основной особенностью которой признают неравный статус участников этого общения. С одной стороны, это представитель медицинского сообщества, который является носителем профессиональных знаний, умений и навыков и, как следствие, владеет «языком» этого сообщества, с другой стороны, пациент, который находится в чужой (не всегда комфортной) для него среде, в том числе, и языковой, приобретает новый опыт.

В современном мире медицинская коммуникация нацелена на индивидуальные нужды пациента. В этом ее кардинальное отличие от подхода, существовавшего еще сотню лет назад, когда молодым врачам предписывалось абстрагироваться от страхов и чувств пациентов.

Проведенные исследования показывают, что именно некорректно выстроенная коммуникация, а не профессиональная компетентность медицинских работников, вызывает основное недовольство пациентов. Это подтверждается информацией из многочисленных интернет-форумов, в которых преобладающее количество жалоб

связано с недостаточно понятным объяснением диагноза и тактики лечения, предстоящих манипуляций и процедур. В особенности, такие жалобы характерны для пациентов, впервые посетивших медицинского специалиста или впервые проходивших определенную процедуру. Значительное недовольство пациентов вызывается не всегда уместным обилием медицинской терминологии.

Традиционно медицинским работникам рекомендуется избегать использования специальной терминологии (медицинской и сопутствующих ей примеров анатомической, биологической, фармацевтической и иной лексики) и при общении с пациентами заменять ее на слова общелитературного языка. На практике этого достичь достаточно сложно, а иногда и невозможно. Слова общеупотребительного языка, несомненно, более просты в понимании, но не всегда точны, как терминология. Многие пациенты высоко ценят специалистов, которые *уместно* используют специальную лексику, что создает в их сознании положительный образ медицинского работника.

К терминам, составляющим основу языка медицины, прежде всего, можно отнести официальные названия заболеваний и клинических состояний, структурных патологических изменений органов и тканей, нарушений физиологических процессов, симптомов и проявлений, медицинских манипуляций и процедур, методов диагностики и лечения. С медицинской терминологией неразрывно переплетены и терминосистемы других смежных наук: биологии, биохимии, микробиологии, патологии, фармакологии.

Термин — это не просто лексическая единица из списка понятий, а элемент системы, в которой отражается определенное научное мировоззрение. Для термина характерно наличие четкой дефиниции, обеспечивающей его однозначное понимание. Например: *deuteranopia — a defect in colour vision in which reds, yellows, and greens are confused*. Широкий пласт медицинской терминологии — лексические единицы латинского и греческого происхождения, обеспечивающие ее адекватное понимание специалистами разных стран.

От терминов отличаются профессионализмы и профессиональные жаргонизмы — неофициальные именованья медицинских понятий, которые используются специалистами преимущественно в неофициальном общении (как устном, так и письменном).

Профессионализмы достаточно широко представлены в общении врачей с пациентами, например: 1) *Допплер сосудов головы и шеи — ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий и сосудов*; 2) *Detox — detoxification*. Использование жаргонизмов (например, *кесарки* в значении «женщины после операции кесарева сечения», *blade* — англ. «хирург») ограничено рамками «для своих». Постороннему человеку подобные слова и выражения могут показаться крайне жестокими и циничными.

В изучении вопроса использования медицинской терминологии в общении врачей и пациентов важным в последние годы представляется факт изменения личности пациента и его медицинской грамотности. Возросшая компетентность в вопросах здоровья особым образом формирует поведение людей, их выбор, и, как следствие, здоровье и благополучие. Повышение уровня медицинской грамотности, обусловленное широким доступом к сетевым профессиональным и полупрофессиональным ресурсам, к публикациям просветительского и даже «разоблачающего» характера в СМИ, создает у пациента больше уверенности и позволяет ему принимать более активное и осознанное участие в процессе лечения. Свершившимся фактом можно признать то, что пациенты часто идут уже на первичный прием, вооружившись информацией из виртуальных источников или даже заранее поставив себе «диагноз». Под влиянием СМИ названия многих заболеваний и их симптомов, лекарственных препаратов (а также групп лекарственных препаратов), медицинских процедур стали известны широкому кругу непрофессионалов, например: *hypertension, MI (myocardial infarction), stroke*.

Несмотря на это, полнота понимания одного и того же термина врачом и пациентом будет разной [3, с. 40], что демонстрирует следующий пример из проанализированного нами корпуса:

D: Right. I see that you've got a **hernia**. Is that right?

P: Yes. That's **swelling** in my groin.

Для врача термин *hernia* обозначает “the protrusion of an organ or tissue out of the body cavity in which it normally lies”, для пациента — “swelling in my groin”.

Известны случаи, когда неспециалисты ошибочно считают некоторые термины синонимичными, то есть взаимозаменяемыми, например: *головная боль, гипертония и мигрень*.

Применение медицинской терминологии чаще инициируется врачом, который может ее использовать при сообщении диагноза, назначении процедуры или обследования, использовании незнакомого прибора или устройства. При этом на первичном приеме пациент может не понять даже общеупотребительное слово, которое врач использовал в терминологическом значении:

Врач: Необходимо будет провести **коррекцию** врожденного порока сердца.

Пациент: Что значит «коррекцию»?

Врач: Это значит, что ребенку потребуются *хирургическая операция*, чтобы устранить порок.

Однако использование термина (даже узкоспециального) не означает автоматического непонимания. Особенно хорошо владеют соответствующей терминологией пациенты, страдающие хроническими заболеваниями.

Пациент может понимать значение используемой врачом терминологической единицы, но предпочесть оставаться в собственной «языковой среде». Например:

D: Well, we can do this **under a local or general anesthetic**.

P: I don't like the idea of *being awake and hearing and seeing anything*.

Пациенты, которые постоянно заботятся о своем здоровье, могут самостоятельно инициировать использование термина, например:

D: You haven't had any problems for quite a while, have you?

P: No, nothing serious. ... And I don't forget to take vitamins every day, so it keeps my **folic acid** up.

Наблюдая за реакцией пациента, врач способен немедленно определить наличие непонимания, коммуникативный барьер, и пояснить термин при помощи средств общелитературного языка (путем перефразирования) или графических приемов (схем, таблиц, рисунков). Например:

D: You can get a **hernia** like you have where there is a weakness in the lining that holds all the gut. Part of the gut then sticks out at the weak point and forms a bulge... *Let me just draw it for you*.

В ряде случаев врач может сразу сопроводить специальный термин «расшифровкой», предвосхищая непонимание пациента. Однако использование термина позволяет объяснению звучать «серьезно и по-научному». В случае педиатрического приема к фактору «се-

рьезности и научности» может прибавиться фактор «смягчения ситуации», то есть, фактически специальная единица будет выполнять и эвфемистическую функцию. Например:

Пациент (ребенок): Вы будете мне вырывать этот зуб?

Врач: Что ты... Мы, стоматологи и ученые, никогда не говорим «вырывать». Мы говорим «удалять».

Определенную сложность может вызывать понимание используемых врачом в беседе с пациентом (в особенности, online-консультации или беседе по телефону) медицинских аббревиатур, например: ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия), которая известная широкому кругу под названием «гастроскопия». Применение аббревиатуры, неизвестной пациенту, требует немедленной расшифровки с последующим возможным разъяснением нового термина.

D: I'm going to show you how to use this breath-activated **MDI**, which stands for *Metered Dose Inhaler*.

Корректное и уместное применение специальной терминологии (терминов и профессионализмов) является одной из важных коммуникативных компетенций современного врача, который преимущественно инициирует ее использование в общении с пациентами.

Литература

1. Stoeckle J., May L. A. (Eds) The collected works of Richard Cabot. Richard Cabot on practice, training and the doctor-patient relationship / New York: Dabor Science Publications, 1977.
2. Iedema R., Manidis M. Patient Clinician Communication: An Overview of Relevant Research and Policy Literatures // Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and UTS Centre for Health Communication, 2013.
3. Гавриленко Н.Г. К проблеме функционирования медицинской лексики в общеупотребительном языке // Сборник статей 1-й межрегиональной с международным участием научно-практической конференции «Проблемы коммуникации врач – пациент: деонтологические, психологические, лингвистические аспекты медицинского дискурса». – Тверь, 2012. – С. 39-44.

Н. Г. Гавриленко, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Д. А. Гавриленко, провизор, интерн

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России,
Москва, Россия

ПРОБЛЕМЫ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

There are a number of reasons why pharmaceutical brands have become more important. Pharmaceutical markets are different from more typical consumer markets, and as a result the marketing of pharmaceutical brands cannot follow the established rules of consumer brands. The article focuses on the problems of pharmaceutical brand names and some ways of solving them.

Key words: pharmacy, pharmaceutical, marketing, brand name, branding, international non-proprietary name, legislation, medicine.

Ключевые слова: фармация, фармацевтический, маркетинг, торговое наименование, брендинг, международное непатентованное наименование, законодательство, фармацевтический препарат.

В настоящее время на мировом фармацевтическом рынке присутствует огромное количество препаратов, номенклатура которых непрерывно растет. Согласно статистической информации, в отдельные периоды этот рост составлял 1000 и более наименований в год. Проблемы, возникающие при этом, затрагивают качество и безопасность лекарственных препаратов, которые подлежат государственному контролю. Несомненно, одним из аспектов безопасного использования препаратов является его адекватное торговое наименование. Торговые наименования лекарственных средств и принципы их составления представляют значительный научный и практический интерес исследователей разных специальностей [1, 2]. Отмечено, что лексические единицы типа *Votox* и *Viagra* даже упоминаются в Оксфордском словаре английского языка [3] в качестве нарицательных имен существительных.

Как известно, международные непатентованные наименования (МНН) лекарственных препаратов являются универсальными, они не ограничены рамками одной территории (страны, региона, континента) и являются неким «общим кодом», позволяющим любому фармацевту идентифицировать каждый конкретный препарат. МНН выполняют функцию систематизации и дифференциации лекарственных средств.

Торговые наименования имеют значительную маркетинговую составляющую, они могут быть ориентированы на разные группы потребителей, определяемые по многим критериям: территориально-языковому, возрастному, гендерному.

Сложности возникают на нескольких уровнях. Во-первых, при разработке и регистрации препаратов, когда фармацевтические производители стараются сделать свой товар и его название уникальным, запоминающимся, легко воспроизводимым, не вызывающим негативные ассоциации. Во-вторых, непосредственно в процессе фармацевтического обращения, когда утвержденное и зарегистрированное название должно правильно использоваться как фармацевтическими и медицинскими работниками, так и клиентами аптек. Несомненно, клиентам аптек довольно сложно ориентироваться в потоке направленной на них фармацевтической информации, поэтому производители затрачивают немалые усилия, чтобы при помощи торгового наименования вычленить свой препарат из ряда аналогичных. Для этого в ряде законодательств (например, США) существуют четкие критерии: новое название не должно повторять уже зарегистрированные торговые марки и отличаться от существующих минимум тремя символами.

Кампания по продвижению на рынок нового лекарственного средства или ребрендингу старого учитывает целый ряд взаимосвязанных моментов психолингвистического воздействия (словообразовательную структуру торгового наименования, его фонетическую и графическую форму, даже длину наименования), каждый из которых играет важную роль в восприятии продукта потребителем. Во-первых, торговое наименование должно быть кратким (желательно, не более 8–10 символов), и, по законодательству ряда стран, не должно содержать аббревиатуры. Однако российское законодательство данный спорный вопрос не регламентирует.

В силу активного развития телемедицины (в частности, консультирования по видеоканалам и телефону) важным аспектом представляется фонетический компонент наименования. Разработчики мировых фармацевтических брендов стараются, в частности, не использовать сочетание букв th, которое передает в английском языке характерные только для него звуки, являющиеся сложными для воспроизведения потребителями лекарственных препаратов в других странах.

Словообразовательная структура — этот тот аспект наименования, который традиционно указывает на область применения препарата или его активный ингредиент. Общеизвестно, что обезболивающие средства могут содержать элемент «-алг-», отсылающий к понятию «боль»: *Спазмалгон, Седальгин, Пенталгин*. Вряд ли можно утверждать, что большинство потребителей владеет латинским или греческим языком, однако у многих возникает ассоциация с анальгином при виде данных торговых марок. В США популярны препараты на основе парацетамола, который американским потребителям известен как ацетаминофен, что привело к появлению брендов *Cetafen, Acephen, Tylophen*.

Информация о действии препаратов может заключаться как в корневых элементах, так и суффиксальных. В частности, уподобились суффиксам префиксы ex- «из» и des- «от» для указания на устранение объекта или явления: *Convulex* (от лат. convulsio-+-ex) -- противосудорожное средство, *Enterodesum* (от греч. enteron-+-des) — дезинтоксикационное средство.

Таким образом, в словообразовательной структуре *может* заключаться фармако-терапевтическая информация, то есть данные о заболевании или состоянии, для лечения которого он разработан, действии его на организм, способе применения. Несомненно, медицинская грамотность населения в настоящее время растет, и такие элементы названий, как, например, «рин-» или «наз-», включаемые в названия препаратов для лечения ринита, «офтальмо-» для лечения заболеваний глаз и «гастр-» для лечения заболеваний желудка, «-ферон» для препаратов, содержащих человеческий интерферон, с легкостью вычлняются большинством потребителей. Именно такие наименования используются создателями для безрецептур-

ных препаратов, право выбора которых дано непосредственно клиентам аптек.

Нельзя однозначно утверждать, что все попытки создателей лекарственных препаратов включить в название элементы, сообщающие подобную информацию, увенчиваются успехом. Это, в частности, может объясняться и языковыми факторами: если элементы классических языков науки (латинского и греческого) более знакомы массовому потребителю, то иные элементы не всегда «опознаются» как несущие смысловую нагрузку. Кроме того, разработчики прибегают к такому способу образования торговых наименований, как слова-портмоне, в которых соединяются *произвольный* начальный компонент первого исходного слова и *произвольный* конечный компонент второго, причем, эти компоненты не совпадают со словообразовательным членением исходных слов. Например: *Relenza* (от англ. relief «облегчение» + influenza «грипп»).

Встречаются названия препаратов, элементы которых способны «расшифровать» либо медицинские специалисты, либо потребители с высоким образовательным уровнем. Практический опыт показывает, что большинство подобных названий принадлежат рецептурным препаратам. Например, препараты *Остеогенон* (от лат. os + греч. genon), *Accutan* / росс. *Роаккутан* (от лат. cute), *Minipress* (mini + press) препарат для снижения артериального давления, *Тержинан* (элемент «гун» от греч. гунека «женщина»).

Следует отметить, однако, что в мировой практике не приветствуется прямое сообщение в наименовании препарата, для чего он непосредственно предназначен (типа «Голованеболин», «Простудаустранин», «Длянос», «Слабилен»).

С проблемой корректного вычленения значимых терминологических элементов в наименовании препарата тесно связана проблема ложных ассоциаций. В корпусе исследуемой нами номенклатуры встретились примеры наименований *Тардиферон* (препарат железа), который вызывает ассоциации с интерфероном, *Гепатромбин*, иногда воспринимаемый как препарат для лечения заболеваний печени, *Адаптол*, который является не тонизирующим средством или иммуностимулятором, а применяется как транквилизатор. В связи с тем, что большинство лекарственных препаратов запускается крупными фармацевтическими производителями одновременен-

но во многих странах, вопрос возникновения ложных или негативных ассоциаций является одним из важных. Приведенные выше примеры показывают, что он не всегда решается на стадии разработки препарата.

Негативные ассоциации могут возникать и при выборе для лекарственного препарата названия, которое является неблагозвучным или оскорбительным в том или ином языке и иногда находится на грани грубой, просторечной или даже ненормативной лексики. Например: *Cardura*, *Imudon*, *Сорбифер Дурулес*, *Болюсы Хуато*, *Утрожестан*. Для выявления подобных случаев привлекаются не только маркетологи, но и психолингвисты, которые отслеживают предложенный на рассмотрение звукобуквенный комплекс в разных языках. Появление в аптеках лекарственных средств с неблагозвучными названиями возможно в связи недостаточно четко проработанным регламентом регистрации и требует дополнительной законодательской работы.

В ряде случаев предложенное разработчиками торговое наименование не соответствует тем требованиям, которые содержатся в законодательстве. Так, в частности, согласно законодательству США, оно не должно вводить в заблуждение и сбивать с толку потребителей (в том числе и медицинских работников), в наименовании нельзя «зашифровывать» идеи эффективности, безопасности, превосходства. Именно по данному критерию производителю было предписано изменить название препарата для прекращения курения *Chamfix*, так как, по мнению экспертов, оно вызывало ассоциации с *champion*. Также уже в процессе использования фармацевтической компании пришлось заменить название препарата для лечения аллопеции *Regaine* (от англ. *regain* «восстановление») на *Rogaine*: клинические исследования показали улучшение только у 39 % испытуемых, то есть, препарат недостаточно оправдывал свое многообещающее название. Интересно то, что на российском рынке сохранились оригинальные названия данных препаратов в русской транскрипции — *Регейн* и *Чампикс*, так как они не вызывают негативных ассоциаций.

Таким образом, проблема наименований лекарственных средств является междисциплинарной, находясь на стыке психолингвистики, маркетинга и законодательства.

Литература

1. Дремова Н.Б. Особенности формирования торговых названий лекарственных средств – брендов XX века / Ремедиум. – 2005. – №12. – С. 9-14.
2. Лазарева М.Н. Лингвистические особенности наименования лекарств/ Ремедиум. – 2005. -№ 12 – С. 15-17.
3. Branding Strategies: Thought leader perspectives on brand building, effective communication and future brand models / Business Insights, 2006. – Режим доступа: <https://avxhome.in/ebooks/pharmaceutical.html> (Дата обращения: 12.01.2017).

Д. В. Дедов^{1,2}, д-р мед. наук, профессор

Е. В. Виноградова¹, канд. филол. наук, доцент

С. А. Масюков¹, врач-терапевт

В. П. Мазаев³, д-р мед. наук, профессор

И. А. Эльгардт², канд. мед. наук

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

² — ГБУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер»,
Тверь, Россия

³ — ФГБУ «Государственный научно-исследовательский Центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

ЗНАЧЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

The article deals with possibilities of using some health telematics to manage cardiologic patients. It is pointed that telemedicine leads to a reduction in doctor-patients contacts and common medical conversation and there will be a need of considering this new circumstance.

Key words: health telematics, cardiovascular complications, risk, prevention.

Ключевые слова: телемедицина, сердечно-сосудистые осложнения, риск, профилактика.

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место среди всех причин смертности населения не только в Российской Федерации, но во многих странах мира. Прогрессирование указанной патологии ассоциируется с возникновением тяжелых, а порой, и смертельных сердечно-сосудистых осложнений [1]. Исходя из этого, вопросы ранней диагностики, своевременной коррекции проводимых лечебных мероприятий и профилактики представляются как никогда важными [3, 4].

С одной стороны, развитие неотложных состояний связано с несвоевременной обращаемостью пациентов за медицинской помощью. С другой стороны, с недостаточным уровнем информированности населения об особенностях течения кардиологических заболеваний. Несомненно, что комплексный подход к решению этой

проблемы, освещение вопросов формирования здорового образа жизни, проведение просветительской и профилактической работы, коррекция имеющихся факторов риска позволит существенно снизить частоту развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

В этой связи весьма актуальным представляется использование возможностей телемедицины, закон о которой разрабатывается Минздравом России и должен вступить в силу в 2017 году. Закон предусматривает совершенствование оказания медицинских услуг путем использования интернет- и компьютерных технологий. Речь идет о широкой платформе интеракций между врачом и пациентом, позволяющей передавать информацию и получать консультации независимо от местонахождения сторон [10].

Телемедицина — только часть телематики, которую ВОЗ определяет как «составной термин, означающий деятельность, услуги и системы, связанные с оказанием медицинской помощи на расстоянии посредством информационно-коммуникационных технологий, направленные на содействие развитию мирового здравоохранения, осуществление эпидемиологического надзора и предоставление медицинской помощи, а также обучение, управление и проведение научных исследований в области медицины» [11].

Поскольку термин «телематика» используется во многих социально-производственных областях, для терминологической четкости правильнее говорить о медицинской телематике. Она охватывает сферы, которые можно условно подразделить на:

- образовательно-просветительские и научные: дистанционные семинары, демонстрационные лечебные мероприятия, коллоквиумы, круглые столы, учебные фильмы;
- информационно-справочные и консультативные: интернет ресурсы, колл-центры клиник, медицинские горячие линии;
- лечебно-диагностические: передача параметрических данных, удаленный мониторинг.

В качестве синонимичного обозначения медицинской телематики все чаще используется термин «электронное здравоохранение» — E-health. Однако в смысловом плане этот термин более емкий и охватывает наряду с технологической стороной социально-мировоззренческую: изменения в поведении и отношении пациентов к сво-

ему здоровью с внедрением новых технологических возможностей медицины.

Несомненно, для большинства пациентов «электронное здравоохранение» ограничивается рамками Интернета. Глобальная сеть является для них источником получения ответов на многие вопросы медицинского характера. Согласно американскому исследованию, 55 % граждан используют Интернет для поиска информации по интересующим их проблемам, связанным со здоровьем [12]. В странах Европейского сообщества 41,5 % опрошенных считают глобальную сеть надежным источником получения информации об интересующем заболевании и способах его лечения [15]. Следует предположить, что в России сторонников «электронного здоровья» не меньше.

Очевидно, что новые медийные возможности влекут за собой изменения в системе взаимоотношений «врач — пациент». Они вытекают из предварительной информированности пациента по обсуждаемому с врачом вопросу. В том, что обращающийся за медицинской консультацией обладает неким объемом сведений по волнующей его проблеме, есть свои положительные стороны [11]. Осведомленность пациента позволяет ему целенаправленно задавать вопросы, лучше понимать объяснения доктора, осознанно принимать решение по выбору варианта лечения. Однако положительным моментам информированности могут быть противопоставлены очевидные риски, связанные с тем, что пациент не в состоянии вычленив из потока предлагаемой в сети информации избыточную, неверную, не имеющую отношения к его недугу. Это приводит к возникновению у пациента ассоциаций с болезнями, которых у него нет. Поскольку письменное слово произвольно воспринимается с большим доверием, чем устное, врачу требуются дополнительные усилия, чтобы вербально откорректировать взгляды пациента и разубедить его в ложности имеющихся у него сведений.

Чтобы сориентировать пациента в нужном направлении в вопросах профилактики и особенностей течения ССЗ, предпринимаются попытки создания информационно-справочных систем (ИСС), например, ИСС «Кардиология» [7], цель которой стать для пациентов компетентным советчиком, а после накопления достаточного объема информации и доработки интерфейса трансформироваться в консультативно-справочную систему «Кардиология» [8].

Следует отметить, что система «электронного здравоохранения» распространяется значительно шире возможностей получения информации через Интернет. Современные технологии позволяют проводить телеконсультации специалистов и телемониторинг пациентов, осуществлять биотелеметрию, предполагающую передачу данных для интерпретации или принятия решения.

Применение телемедицинских технологий способно помочь изменить восприятие пациентом собственного самочувствия. Имеются интересные данные Call-центра кардиологической клиники. Показано, что 30 % больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и находящихся на мониторинге, отмечали чувство страха. Однако в 4-х из 5-и обращений необходимость экстренного вмешательства отсутствовала. При этом на 1000 звонков пришлось только 7 случаев госпитализации [16]. Можно полагать, что телемониторинг в таких случаях способен уменьшить чувство беспокойства и страха.

Телемониторинг электрокардиограммы (ЭКГ) через «кардиопейджер» стал использоваться как мобильная система экстренной помощи больным ишемической болезнью сердца и нарушениями сердечного ритма. Это позволяет сократить время задержки лечения при инфаркте миокарда (ИМ) и снизить риск возникновения внезапной сердечной смерти [14]. Кроме того, на расстоянии возможно проведение контроля водителя ритма и имплантированного кардиовертер-дефибриллятора [10]. На базах кардиоцентров создаются программы с возможностью передачи показателей артериального давления и ЭКГ в консультативные центры по SMS и E-mail [11, 13]. Своевременная консультация специалиста, коррекция медикаментозной терапии уменьшает частоту ССО и госпитализаций пациента [16].

Известно, что ССЗ сопровождаются серьезной психологической нагрузкой и вызывают депрессию. В свою очередь, сочетание указанных состояний может ассоциироваться с развитием ССО [5]. При этом ощущение непрерывного наблюдения способно привести к конфликту характерологических личностных черт «зависимость/автономия». У части больных возможно возникновение чувства пассивности и появление панических атак: «Без мониторинга я не смогу жить», «Без кардио-пейджера я никуда». У других, напротив, преобладает чувство автономии: «Я способен сам себе помочь»,

«Я не хочу, чтобы в моей жизни были какие-либо ограничения» [16]. В этих ситуациях только личное общение с врачом способно повлиять на настрой пациента и изменить его видение проблемы. Существующие и модифицируемые модели дискурсивной практики «врач — пациент» ориентированы на осознание пациентом его собственной роли в достижении положительного результата лечения и создание психологического комфорта.

Очевидно, что пациенты, подключенные к телемониторингу, лучше осведомлены о функциональных параметрах своей сердечной деятельности и уделяют больше внимания ощущаемым симптомам. В большинстве наблюдений это повышает мотивацию и приверженность необходимым лечебным мероприятиям. При этом консультация специалиста, основанная на переданных данных в конкретный период времени, позволяет своевременно диагностировать ССО и провести коррекцию медикаментозной терапии. В конечном итоге, ранняя диагностика и профилактика ССЗ способствует улучшению качества и продолжительности жизни конкретного больного.

Несомненно, высокотехнологические методы оказания медицинской помощи кардиологическим больным направлены на улучшение их физического состояния. Однако при их использовании могут возникнуть факторы психологического и коммуникативного плана. Отсутствие личного контакта, авербальность коммуникации при передаче данных по электронным каналам обезличивают клиническую ситуацию. Страхи и надежды больного человека отходят на задний план, приводя к эмоциональному абстрагированию врача от рассматриваемого случая, что может сказаться на принятии решений и постановке диагноза.

Разрешить проблему «реальный пациент — виртуальный доктор» поможет пересмотр и модификация коммуникативной поддержки пациента, отвечающей новым высоко технологичным методикам оказания медицинской помощи.

Литература

1. Дедов Д.В., Масюков С.А., Эльгардт И.А. Прогностическое значение данных комплексного клинико-инструментального обследования больных ИБС И артериальной гипертензией // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22792>.

2. Кобринский Б. А. Телемедицина в системе практического здравоохранения / М.: МЦФЭР, 2002. — 175 с.
3. Масюков С.А., Эльгардт И.А., Дедов Д.В., Мазаев В.П., Рязанова С.В. Клиническая характеристика, анализ вегетативных влияний и прогноз у больных хронической ишемической болезнью сердца с пароксизмальной фибрилляцией предсердий // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 2.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24230>.
4. Масюков С.А., Дедов Д.В., Эльгардт И.А. Предикторы кардиоваскулярных осложнений по данным суточной variability сердечного ритма // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=2279>.
5. Смуглевич А.Б. Современные проблемы психокардиологии // Врач: Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал. — 2004. — №6. — С. 4-8.
6. Хасанов И.Ш. Телемониторинг имплантируемых устройств — новые возможности диагностики и лечения аритмий и сердечной недостаточности // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — 24 (1-1). — С. 15-20.
7. <http://www.infarkta.net/for-patients/services/vysokotekhnologichnaya-meditsinskaya-pomoshch>.
8. <http://www.math.rsu.ru/cardio/GIF/info.ru.txt>.
9. <http://metacard.ru/about/telemedicine>
10. http://www.math.rsu.ru/library/doc/sap/ICC_Kardio.txt.
11. Телемедицина в России и мире http://www.bmt.bmstu.ru/tmm/pages/telemed_about.htm.
12. [http://www.pewinternet.org/reports/How the web helps Americans take better care of themselves](http://www.pewinternet.org/reports/How_the_web_helps_Americans_take_better_care_of_themselves).
13. www.garant.ru <http://tass.ru/obschestvo/3806280>.
14. Heinen-Kammerer T. et al. Telemedizin in Sekundärprävention des Myokardinfarktes — eine Kosten-Effizienzanalyse // Gesundheitsoekonomie-Management. — 2005. — 10: 289-264.
15. Schug S.N. Gesundheitstelematik. Aktuelle Entwicklung und Konsequenzen fuer Krankenhaeuser und Versorgungsverbaende // Klinikerzt. — 2003, 32(11); — 391-397.
16. Tischler G. Psychologische Aspekte der kardiologischen Telemedizin // Journal fuer Kardiologie. — Austrian. — 2006; 13 (7-8), 234-238.

A. N. Dobрева, PhD, Senior Lecturer

I. Ts. Doykova, PhD, Senior Lecturer

Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov", Varna, Bulgaria

HEALTH TALK IN THE FAMILY

The present study focuses on how Bulgarians talk about health in the family. The health-related issues, discussed by non-specialists, are investigated through a questionnaire that includes nine specific questions. The communication between parent-child, parent-teenager, adult-adult is analyzed in relation to such characteristics as the tempo, intonation, rhythm, articulation and stress of the voice in view of the meaningful health topics for the modern Bulgarian family.

Key words: health, family, voice, verbal and nonverbal communication.

Ключевые слова: здоровье, семья, гопос, вербальное и невербальное общение.

The 'health' topic is present on a daily basis in our conversations. According to some linguists the concept *health* is described as a phenomenon that reflects the physical and mental state of the person concerned. This evaluation encompasses both the external observation and the internal self-awareness of the respective subject [9, p. 6].

The specifics of the communication on health topics in the Bulgarian family is an up-to-date issue, which still lacks consistent and in-depth investigation. In recent years studies, related to the research of the linguistic parameters of the *health status* as a concept [7, p. 3]; the modification of the cognitive indications of the concept *health* in advertising and media texts [8, p. 5]; the discussion of health topics in the visual media [2, p. 1]; the importance of the communicative skills for the medical practice [6, p. 1]; the communicative tactics in the 'doctor-patient' discourse [5, p. 83]; the communicative factors, influencing the 'doctor – patient' relationship [1, p. 12]; the narrative functions in the oral medical discourse [3, p. 24] indicate the timeliness of the issue and highlight the need for special attention on the type of communication on health topics in the family. Therefore, communication within the family is the prime object of our survey. Health-related topics, the manner of

discussion, and the exchange of experiences in the modern family specify the subject of the present survey. The purpose is to observe and describe the non-verbal characteristics of the human voice in the communication on health topics. To carry out the survey, an anonymous questionnaire (nine questions) was designed and distributed among one hundred participants. The recurrent language structures, used by the parents to facilitate the visit to the doctor and the doctor's interrogation of the young patient are subject to further research.

On the first question 'What health topics are frequently discussed in your family' (fig.1) the respondents claimed that the most common issue was a forthcoming prophylaxis or a precautionary examination (25 %) and the current intake of medication (20 %). The *flu outbreaks* were discussed by further 15 %. In the section 'other issues' the respondents reported on such topics as prevention of various diseases, dental health problems, medical tests and examinations, as well as such sub-topics related to the 'prophylactic care' as the period of conducting a medical check-up, availability of medical referrals, types of tests, place of the tests and check-ups, etc.

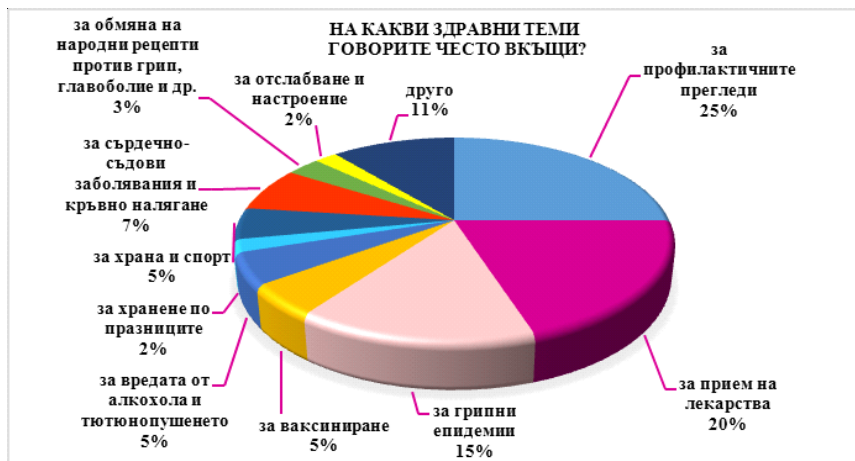


Fig. 1. Health topics, discussed in the family

On the second question (fig. 2) the respondent families claimed that they received information on popular illnesses and diseases and their respective treatment primarily from a family doctor or a general

practitioner (35 %), a smaller proportion appointed their friends and parents as the source of the information (35 % altogether), and the third source of such health-related information was the media (20 %) including the section 'other sources', where the participants in the survey obtained information from health sites and internet forums, as well as from patients during the waiting time in the doctor's praxis (5 %).



Fig. 2. Sources of information on diseases

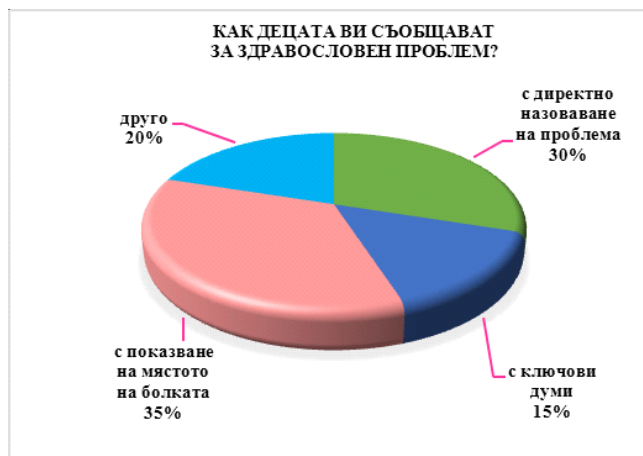


Fig. 3. Notification of an important health problem and treatment methods by children

The parent-child relationship (fig. 3) plays a major role in the communication on health topics. The third question in the survey was related to the manner the children inform their parents about a certain problem such as experiencing pain, cold, discomfort or high temperature. The majority of the parents understand or become aware of a medical condition, related to their child's health with the help of non-verbal communication by the child pointing at the painful area (35 %). Many children named the health problem directly (30 %) and in the section 'other signs' the parents mentioned such symptoms as cry, disobedience of the child, somnolence, lack of interest in otherwise favourite pastime activities, etc.

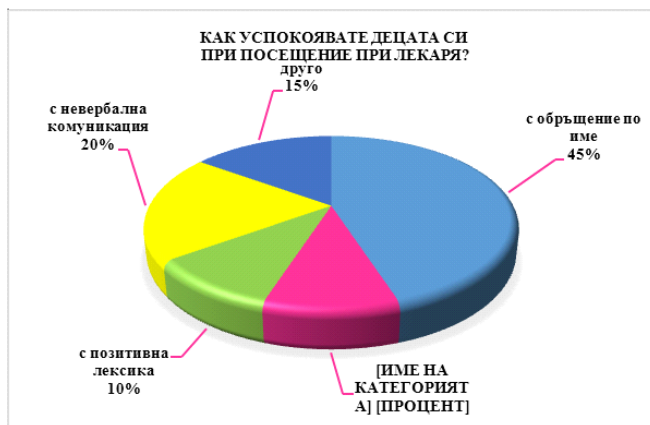


Fig. 4. Strategies to reassure children when visiting the doctor

According to Tacheva, the sick child is a patient of a different category, where his/her age characteristics play a significant role and influence the way of communication [6, p. 121]. For an effective doctor-child interrogation, the young patients need to cooperate in the process of conducting the medical interview and the following examination. Therefore, the parents prepare their children in advance and most often calm them down (fig. 4) by addressing the child by name (45 %). Another group of respondent parents use non-verbal communication prior to the visit to the doctor (20 %). They caress, hug and kiss their children. In the section 'other strategies' the parents mention that they hold their child's hand (or stay hand in hand) or promise some kind of a reward

such as ice-cream, chocolate, etc. The parents demonstrate a different type of behavior depending on the age of the child. With small children up to the age of 12, the parents combine verbal (lexis, suitable and known by the child; narrative sentences; fanciful stories/fairy tales such as ‘Dr. Doolittle’, ‘Franklin – the little turtle goes to hospital’ or role play games with their pets – see fig. 8) and non-verbal communicative strategies (relaxed and calm tone of the voice, assertive smile, kiss or touch – fig. 5, 6, 7) to reassure the children when they become patients of the pediatrician. Their strategies are rather different with teenagers – the parents provide convincing examples, present issues with a calm tone and use medical terminology as appropriate ways to reassure the teenage patients.



Fig. 5. The hug

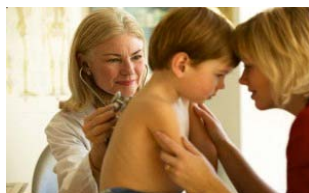


Fig. 6. The touch



Fig. 7. The smile

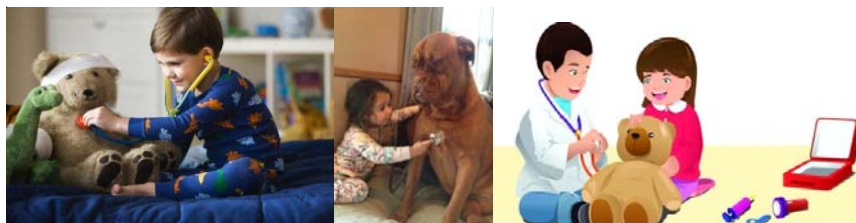


Fig. 8. The role play with the pet or the favourite toys

Communication with children necessitates the use of the voice that is reassuring and persuasive [4, p. 116]. The paralinguistic elements of this type of voice are the following:

- medium to low tone;
- slow rhythm;
- hesitant pauses;
- delicate smile.

When the parents were asked how they use the tone of their voice in order to calm down, convince or announce good news to a patient, the respondents submitted the following answers (Table 1):

Table 1. Paralinguistic characteristics of the human voice

Reassurance	Persuasion	Announcing good news
Medium rhythm	Fast rhythm	Slow rhythm
Low tone	High tone	Moderate tone
Falling intonation	Rising intonation	Rising intonation
Other: interjections	Imperative forms	Overexcited / good mood

In conclusion, we may summarize that the voice elements that add to the optimal interpersonal communication within the family on important health-related topics, irrespective of age, are the slow speech tempo, the reassuring tone, the clear and distinct pronunciation of each word, the appropriate intonation, the short pauses, and last but not least – the smile.

References

1. Виноградова Е. В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношение „Врач-пациент“ // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. - Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. – С. 12
2. Добрева А. Н., Тачева В. Г. Говоренето на здравни теми по визуалните медии // Медиалингвистика: материалы I Международной научно-практической конференции. – Спб.: Изд.-во Институт «Высшая школа журналистики и массовых коммуникаций» федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», 2016. – С. 1/
3. Жура В. В. Функции нарративов в устном медицинском дискурсе / / Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. – Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. – С. 24
4. Импарато Ч. Гласът. Силата да въздействаш. – София: Изд.-во „Изток-Запад“, 2011. – С. 116.
5. Колесникова И. Ю., Беляева Г. С., Виноградова Е. В. Детализация versus эвфемизация как принцип коммуникативной практики вра-

ча-гастроэнтеролога // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. — С. 83.

6. Тачева В. Г. Комуникативни умения в медицинската практика. — Варна: Изд.-во „Стено“, 2014. — 121 с.
7. Усачева А. Н. Лингвистические параметры концепта «Состояние здоровья» в современном английском языке: дис. ...канд. филол. наук. — Волгоград, 2002. — 3 с.
8. Юрьевна А. П. Концепт здоровье: модификация когнитивных признаков (по данным газетных и рекламных текстов советского и постсоветского периодов): дис. ... канд. филол. наук. — Екатеринбург, 2015. — 5, 6 с.

И. Ю. Колесникова, д-р мед. наук, профессор

Е. С. Мазур, д-р мед. наук, профессор

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава РФ, Тверь, Россия

О НЕОБХОДИМОСТИ И ВОЗМОЖНОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

These days, medical graduates are often not prepared for efficient communication with patients. Outdate teaching methods, lack of communicative skill teaching, excessive overload of Latin and English borrowings both in the textbooks and medical records make a young doctor's work more difficult. The authors have made an attempt to develop a tutorial for medical students with algorithms of history taking which form the internal logic of doctor — patient conversations and medical records.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, терапевтический дискурс, алгоритм опроса.

Key words: communicative skills, therapeutical discourse, history taking algorithm.

Эффективность лечения любого заболевания зависит от того, насколько точно оно диагностировано. В настоящее время основную диагностическую информацию дают инструментальные и лабораторные методы исследования, однако их выбор зависит от первичной диагностической гипотезы (предварительного диагноза), который, в значительной мере, зависит от результатов первой беседы врача с пациентом, позволяющим выявить жалобы последнего и историю их развития. Информативность такой беседы может свести дальнейшее инструментальное (и, как правило, весьма дорогостоящее) обследование к минимуму, неинформативность — привести к неоправданным материальным затратам и, что еще страшнее, к потере времени. При этом целый блок проблем коммуникативного, лингвистического плана практически не рассматривается в ходе обучения в медицинских ВУЗах.

В результате подобных пробелов в обучении выпускник уже на первых этапах самостоятельной работы сталкивается с целым ря-

дом коммуникативных и лингвистических проблем, к которым он оказывается не готов. Если в учебнике сообщались ВСЕ ЖАЛОБЫ (И ТОЛЬКО ПО ДАННОЙ НОЗОЛОГИИ!), с которыми больной обратился к врачу, то в жизни такого, как правило, не бывает. Каждый пациент имеет свой собственный уровень образования, жизненный и «болезненный» опыт, стиль общения, что неизбежно требует и индивидуального подхода в клиническом дискурсе. Врачи, особенно молодые, нередко жалуются, что больной «не может толком рассказать», «путается и ничего не помнит», «сообщает массу всякой ерунды», «раздражается при попытке вернуться к теме». На самом деле, это лишь отражение необученности, неподготовленности молодого специалиста к медицинскому дискурсу [1].

Согласно определению Е. М. Клещенко, «медицинский дискурс — это устный институциональный дискурс, предполагающий статусное неравноправие врача и пациента в определенных временно-пространственных характеристиках общения, который отвечает потребностям в охране здоровья и реализуется с помощью коммуникативных стратегий и тактик...В организации общения именно врач, как представитель социально-значимой профессии, должен контролировать коммуникацию» [2].

Что же происходит при обучении студента в современном медицинском ВУЗе, с точки зрения лингвистики и навыков общения с пациентом? Сначала студент (легко или мучительно) зазубривает огромное количество медицинских терминов, зачастую на латыни (которая в последующем, например, в практике терапевта — совсем не нужна!) или транслитерации с английского.

Рассматривая деятельность врача как один из древнейших социокультурных феноменов, восходящих к служению жрецов и сакральному значению профессии, подобный стиль обучения закреплен (освящен!) традицией и призван поддерживать дистанцию между врачом и пациентом. В самом деле, кто будет уважать врача, который именуется взвесь в желчном пузыре «песочком», а не «билиарным сладжем» (что по сути — одно и то же)?

После выпуска «высокая образованность» врача блистает новыми гранями. Так, зная назубок латинские названия болезней, возбудителей, лекарств и много чего еще, молодой врач в состоянии задать лишь вопрос: «Что Вас беспокоит?», после чего с ощущени-

ем беспомощности выслушивать ВСЕ, что скажет пациент. На очередном этапе подобного дискурса терпение у молодого специалиста заканчивается, и вопросы, и реплики врача становятся все более нетерпимыми и резкими. Следующий момент — полученные с превеликими трудами ответы пациента нужно записать в медицинскую документацию. И снова все непросто! Нельзя написать, как больной говорит: «стул как у утки», «боль адская», «истощал как скелет» и т.д. Непрерывные «переводы с русского на русский», пока они не становятся автоматическими, отнимают у молодого врача огромное количество сил и времени, приводят к неточностям, упущениям, негативным эмоциям.

Поскольку современные люди менее склонны к медицинскому дискурсу в стиле «начальник — бесправный подчиненный», удовлетворенность пациентов медицинскими услугами в огромной мере определяется их восприятием межличностного взаимодействия с врачом. Целый ряд перемен и нововведений в сфере медицинской деятельности отражают эту трансформацию массового сознания. Так, в выпускной экзамен для медицинских ВУЗов (объективный структурированный клинический экзамен — ОСКЭ) включены коммуникативные навыки (элементарные нормы профессионального этикета+умение построить структурированный диалог с условным пациентом). Все большую популярность среди медицинских работников получают различные обучающие курсы по навыкам бесконфликтного общения [3].

Таким образом, повышение социальных запросов общества, увеличение юридической грамотности и активности населения определяют актуальность проблемы обучения студентов-медиков информативному и корректному общению с пациентом.

Первый опыт участия кафедры госпитальной терапии в проведении итоговой аттестации выпускников в форме ОСКЭ позволил осознать, что наши старшекурсники гораздо легче и уверенней интерпретируют данные лабораторных и инструментальных исследований, назначают дополнительные исследования и лечение, нежели в состоянии составить профессиональный диалог с пациентом.

В связи с этим на кафедре было разработано учебное пособие «Беседа с больным» [4]. Пособие состоит из четырех частей, в него входят 40 примеров терапевтического дискурса с пациентами, стра-

дающими сердечно-сосудистой патологией (14 примеров), заболеваниями органов дыхания (3), пищеварения (15), почек (6), суставов (2).

В первой части кратко описывается ситуация обращения пациента к врачу: пол, возраст, ведущая жалоба. В этой части представлены лишь ответы больного, студенту предлагается самостоятельно «восстановить» вопросы врача. В диалоге, во многом, воспроизводится естественная речь пациента, не имеющего медицинского образования, допускающего неточности и недомолвки. Эта часть привлекает внимание студента к краткости ответов пациента, что демонстрирует точность и однозначность заданных вопросов.

Во второй части диалоги приведены полностью, что дает возможность сопоставить свои догадки с предложенным вариантом. В составлении пособия принимали участие преподаватели, являющиеся практикующими врачами. Поэтому диалоги характеризуются «направленностью» (нет «лишних» вопросов, присутствует логика дифференциально-диагностического поиска), преобладанием «закрытых» (требующих односложного ответа: да или нет) или максимально конкретных и однозначных вопросов (сколько? Где — покажите рукой), а также вопросов с предлагаемыми вариантами ответов: «Боли возникают в покое или при нагрузке?», «Боль после приема пищи усиливается, ослабевает, не меняется?» Несколько диалогов ПО ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ исходной жалобе (например, боль в груди) позволяют продемонстрировать логику развития диалога врач-пациент в зависимости от получаемых от больного сведений.

В третьей части пособия приводятся примеры записи полученных данных в медицинскую документацию (снова — «с русского на русский»). На тех же конкретных 40 примерах наглядно демонстрируется различие между достаточно пространственным диалогом и краткой, избыточной медицинскими терминами врачебной записью.

Наконец, в четвертой части приводится анамнестическое обоснование диагноза. В этом разделе отражена логика построения диалога, направленного на выявление синдромально связанных симптомов, подчеркнуты принципиальные для обоснования того или иного диагноза признаки, а также приведены симптомы исключения, «симптомы тревоги» и пр. При беседе с больным четкое знание и ПОНИМАНИЕ алгоритма опроса по различным ведущим симптомам по-

зволяет врачу не пропустить важной информации, максимально быстро, полно и качественно собрать анамнез, проанализировать данные, сформулировать и обосновать предварительный диагноз.

Опыт работы студентов с данным методическим пособием показал интерес обучающихся к данной тематике, понимание необходимости и важности формирования коммуникативных навыков для работы с пациентами.

В перспективе планируется развивать и расширять данное направление в обучении. «Ближайшим кругом развития» представляется обучение студентов работе с больными в ситуациях с неблагоприятным или неопределенным прогнозом, в чрезвычайных ситуациях, общение с родственниками пациентов, профилактика конфликтов и профессионального выгорания.

Литература

1. Дзараева Н. А. Стратегии и тактики речевого поведения врача // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. — 2014. — Серия 1. Психологические и педагогические науки.
2. Клещенко Е. М. Реализация информативной стратегии врача в медицинском дискурсе // Вестник Челябинского государственного университета. — 2014. — № 6 (335). — Филология. Искусствоведение. — Вып. 88. — С. 50–53.
3. Барсукова, М. И. Коммуникативная компетенция врача как фактор предупреждения рисков в общении с пациентом // Проблемы речевой коммуникации. 2014. — Вып. 1.
4. Мазур Е. С. Беседа с больным / Тверь, 2016, эл. пособие — 82 с. Электронный ресурс: <http://tvergma.ru/upload/iblock/e3e/beseda-s-bolnym.pdf> .

УДК 304.3

А. В. Макаров, канд. филос. наук, доцент

М. И. Михеев, канд. филос. наук, доцент

Д. Д. Григорьева, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

СОВРЕМЕННЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЭТОС: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

The article focuses on the issues of medical ethos. Constant transformation of the social space leads to value syncretism, which results in devaluation of medical ethos. Health care providers are to preserve and increase their cultural identity.

Key words: ethos, medical ethos, identity, value pluralism, ethical pluralism, moral pluralism.

Ключевые слова: этос, врачебный этос, идентичность, ценностный плюрализм.

Как показывает культурный опыт поколений, всегда были актуальны вопросы об устройстве профессиональной картины мира, в частности, о картине мира и системе мировоззренческих установок медика. Эти вопросы занимают одно из центральных мест в тематике исследований, ведущихся в таких областях знаний, как философия, психология, культурология, лингвистика, этнология, антропология, социология и некоторых других. В последнее время проблемы формирования профессионального врачебного менталитета и характера, а также их роли в становлении личности специалиста-медика, являются, по мнению зарубежных и отечественных авторов, актуальным исследовательским полем. Врачебный этос — не врожденный феномен, а социально приобретенный. В связи с этим возрастает интерес к изучению особенностей становления врачебного этоса как неотъемлемой части этоса российского общества. Как писал Гиппократ: «Сгорая сам, свети другим», — понимая под этими словами предназначение истинного врачевателя. Врач — это не профессия, а образ жизни. Он не может дистанцироваться от своей деятельности, наполняя ее субъективным, экзистенциальным содержанием, отдаваясь ей без остатка.

Философский дискурс наиболее полно раскрывает понятие «этнос». Как пишет П. Адо в книге «Что такое античная философия», «философская школа соответствует выбору определенного образа жизни, определенному жизненному выбору, или экзистенциальному предпочтению» [1; с. 18]. Таким образом, под этносом понимается общее качество культуры, система идеалов и ценностей, доминирующая в культуре и имеющая тенденции контролировать поведение ее членов (по А. Креберу) [4]. Другими словами, исследование этноса предполагает наличие прообразов специфического миропонимания и мировосприятия, которое необходимо раскрыть и целесообразно обосновать, определив место человека в этом мире.

Под этносом врача понимается «определенный набор национальных черт и профессиональных компетенций, детерминированных особенностями культуры и религии, которые проявляются в его отношении к самому себе, окружающим людям, государству и миру в целом» [2]. Другими словами, врачебный этнос — это интериоризированный ценностный тезаурус, совокупность специфических моральных установок, целей и представлений о себе, своем месте и роли в обществе.

Ритмы повседневной жизни современного человека, его культурного наследия базируются скорее на постоянной трансформации социального пространства, чем на общности многовековых традиций. В условиях трансформирующихся социальных, политических, экономических, психологических и других реалий, люди ведут себя достаточно амбивалентно: с одной стороны, стараются сохранить прежние императивы и ценности любой ценой, с другой — отказываются от тех аксиологических установок, которые мешают адаптироваться к изменившимся условиям среды. Несмотря на свой консервативный статус, в отличие от смысла, ценности не являются данными раз и навсегда человеку, с течением времени, в определенную историческую эпоху, они подвергаются некоторым изменениям. Постепенно формируются иные приоритеты, стандарты, социальные установки.

Отличительной чертой современного врачебного этноса является активный поиск практик самоидентификации личности, проявляющийся не только в появлении для врачей новых моделей взаимодействия с пациентом (например, социально-психологическая

модель, разработанная С. И. Филиппченковой [5]), большом количестве социальных стереотипов об эталонном образе врача, поиском врачебного габитуса и устойчивой позитивной идентичности, но и сочетание факторов, отражающих реальный уровень качества жизни врача: высокий уровень неудовлетворенности трудом, постоянный профессиональный стресс, психоэмоциональная напряженность, сопровождающаяся постоянными рисками и колоссальной ответственностью. При этом в эпоху *modernity* к профессии врача предъявляются все более антонимичные требования со стороны общества в целом и пациента в частности. Произошли заметные изменения в этико-правовой плоскости взаимоотношений «врач-пациент», благодаря которым сместился акцент профессиональной установки врача с нозоцентрической на антропоцентрическую. Прежде неукоснительный авторитет врача сегодня девальвируется. Наряду с этим, на смену уникальности профессии приходит высокий уровень внутриинституциональной и межинституциональной конкуренции, что также является фактором, влияющим на изменения во врачебном этосе.

Для врача, находящегося в поиске профессионально-экзистенциальных смыслов, различные ценности соединяются таким образом, что в результате формируются конкретные специфические задачи. Этос динамичен и способен меняться в связи с изменениями условий, на него влияющих. В силу наличия как положительно, так и отрицательно ориентированных элементов врачебный этос может быть внутренне противоречивым, однако к моменту совершения действия в рамках формирующегося этического комплекса противоречие либо разрешается, либо подавляется. Сегодня можно наблюдать такой феномен, как имитация стилей жизни, мимезис, подбор социальных масок, трансформацию ментальности в условиях ценностного плюрализма. Молодому специалисту остаётся одна главная функция — выбирать из уже имеющихся. Но в эпоху «общества потребления» и синкретизма ценностей, врачом теряется ориентация и он не рефлексивно воспринимает те ценности, которые попадают в поле его зрения, превращая его тем самым из активного субъекта, руководствующегося критическим отношением к окружающему миру, в объект потребления, безвольно принимающий правила масс культуры. «Формирование мировоззрения и тех-

ники репрезентации социальной идентичности происходят через интериоризацию ценностного тезауруса, но императивы любой культуры должны разворачиваться в суждениях, которые, в свою очередь, оформляются в социально адаптированные, разнообразные, субъективно-привлекательные мифологические нормы, идиомы, паттерны и тому подобное» [3; с. 120]. Таким образом, особенностью современного врачебного этоса является недостаточная распространённость и доступность способов и механизмов формирования позитивного образа врача.

Этические нормы, на основе которых формируется врачебный этос, не должны представлять собой громоздкий конгломерат абстрактных императивов, связанных лишь отношениями конъюнкций. Они должны воплощаться в целостном, непротиворечивом, привлекательном образе врача. Таким образом, одной из приоритетных задач для всех подразделений ВУЗа является разработка, репрезентация и формирование такого образа.

Литература

1. Адо П. Что такое античная философия? / пер. с фр. В.П. Гайдамака. — М.: Издательство гуманитарной литературы, 1999, 320 с.
2. Агеева Н.А. Менталитет врача в контексте гуманизации высшего образования // *Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн.* 2014. № 4 (5).
3. Макаров А. В., Михеев М. И., Чистякова Д. Д. Дуализм представлений о «качестве жизни» в современном российском обществе // *Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики* / Тамбов: Грамота, 2015. № 12 (62): в 4-х ч. Ч. IV. С. 118-123. ISSN 1997-292X.
4. Национальная философская энциклопедия. [Электронный ресурс] / <http://terme.ru/termin/etos.html> (Дата обращения 31.03.2017).
5. Филиппченкова С.И. Социально-психологическая модель врачевания в междисциплинарной парадигме исследований // *Перспективы науки.* 2010. № 4(6). С. 20-24.

Л. А. Мурашова, канд. психол. наук, доцент

К. С. Бурлаков, студент 2 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ПРОФЕССИЯ ВРАЧА КАК ЛИЧНОСТНО ЗНАЧИМАЯ ЦЕННОСТЬ

The article deals with the concept of value orientation of an individual and value self-determination in the profession of a doctor. The results of the study of the system of value orientations for students of TSMU are presented.

Key words: value orientations of the individual, value self-determination, professional activity of a doctor, professional value orientation.

Ключевые слова: ценностные ориентации личности, ценностное самоопределение, профессиональная деятельность врача, профессиональные ценностные ориентации.

В настоящее время профессию врача по праву можно считать одной из самых сложных и, при этом, достаточно престижных. Это справедливо, поскольку основное призвание врачей состоит в том, чтобы охранять и поддерживать самую большую ценность в мире — жизнь человека.

Профессия как ценность предполагает значимость для личности содержания ее профессиональной деятельности, достижения успеха в профессии, профессионального продвижения, реализации своего потенциала в сфере профессиональной деятельности и может рассматриваться в двух вариантах: материальном и постматериальном. Когда доминирует система материальных ценностей, профессия является средством достижения материального благополучия, высоких доходов. У личности, ориентированной на постматериальную ценностную систему, более важными являются самореализация в профессии, инициативность и ответственность в профессиональной деятельности [1].

Понятие ценностных ориентаций личности было введено в научный лексикон в 20-е годы XX века социологами У. Томасом и Ф. Знанецким, которые рассматривали их как социальную установку личности, регулирующую ее поведение. Ценности это некие идеаль-

ные цели общества, социальных групп или личности. Ценности задают направление действиям и помыслам людей, служат эталонами для оценки и сравнения желаемого и действительного.

Устойчивая и непротиворечивая совокупность ценностных ориентаций определяет такие качества личности, как ценность, надёжность, верность определённым принципам и идеалам, способность к волевым усилиям во имя этих идеалов и ценностей, активность жизненной позиции, упорство в достижении цели. Противоречивость в ценностных ориентациях порождает непоследовательность в поведении. Незрелость ценностных ориентаций представляет собой признак инфантилизма (свойства детского возраста), господства внешних стимулов над внутренней структурой личности. Формирование личностной ценностной структуры индивида выступает важнейшим фактором процесса социализации, посредством которого человек становится полноправным членом общества во всей полноте социальных взаимоотношений [4].

Ценностные ориентации дают ответы на ключевые жизненные вопросы: В каких сферах жизни сконцентрировать усилия для достижения успеха? Что именно и в какой период жизни должно быть достигнуто? Какими средствами и в какие конкретные сроки могут быть реализованы поставленные цели?

Однако общество в целом располагает гораздо более широким диапазоном ценностей, чем тот диапазон возможностей, который есть у индивида. Поэтому и необходима система индивидуальных ценностных ориентаций, определяющая жизненные приоритеты, порядок постановки и реализации целей. Эта мысль лаконично изложена в афоризме Сенеки: «Кто везде — тот нигде». К ней можно добавить, что не всегда равнозначные ценности порождают неопределённость жизненного выбора, а только в том случае, когда они противоречивы (как, например, ориентация на творческую самореализацию в научной деятельности и, вместе с тем, на досуг, заполненный ежедневными развлечениями). Если же равнозначные ценности не конкурируют в сознании человека, то соответствующие ориентации могут быть реализованы параллельно без ущерба для каждой из них (таковы, например, ориентации на творческий труд и общественное признание).

Наличие конкурирующих компонентов в сознании — один из источников рассогласования вербального и реального поведения человека. Противоречивость ценностных ориентаций, их конкуренция в ситуации жизненного выбора — исходный момент рассогласования того, чего человек хочет добиться в будущем, и того, что он будет для этого предпринимать. Следовательно, важнейшей предпосылкой успешной самореализации человека в будущем является согласованная, непротиворечивая система ценностных ориентаций, которая лежит в основе формирования содержательно и хронологически согласованных жизненных целей и планов. Однако даже такая система ценностных ориентаций не гарантирует от трудностей и проблем, возникающих непосредственно в процессе целеполагания [3].

Медицинская профессия предъявляет сегодня к её представителям высокие требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объёме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. Следовательно, профессиональные ценностные ориентации, необходимые медицинскому работнику для квалифицированного выполнения своих обязанностей, могут быть сформированы в процессе профессиональной подготовки и будущей практической деятельности.

В связи с этим целью настоящей работы является исследование системы ценностных ориентаций у студентов ТГМУ.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие студенты ТГМУ в количестве 30 человек, в возрасте от 18 до 24 лет. Психодиагностическое исследование проведено с помощью методики диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности С.С. Бубнова.

Результаты и обсуждение: в результате проведённого исследования было выявлено, что доминирующими ценностными ориентациями для 53 % студентов являются «Помощь и милосердие к другим людям», «Познание нового в мире, природе, человеке», «Поиск и наслаждение прекрасным». У 40 % респондентов в системе ценностей доминирует «Признание и уважение людей и влияние на окружающих», что свидетельствует о высоком уровне притязаний личности. У 27% — «Любовь». У 13 % — «Здоровье». У 7 % — «При-

ятное времяпровождение и отдых», «Высокое материальное благосостояние» и «Высокий социальный статус и управление людьми». «Социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе» и «Общение» нашими респондентами как ценностные ориентации не рассматриваются.

Выводы: таким образом, проведённое исследование показало, что 53 % наших испытуемых считают наиболее важными ценностные ориентации, которые являются составляющими постматериальной ценностной системы. Она, в свою очередь, характеризует личность как направленную на саморазвитие, самореализацию, формирование профессиональной ответственности и эмпатии. 40% студентов обладает остаточным высоким уровнем притязаний и амбиций. Для 7 % респондентов будущая профессия является средством достижения материального благосостояния и высоких доходов. Общение и социальная активность ценностями для наших респондентов не являются, что может быть результатом влияния социокультурной среды на формирование системы ценностей индивида, в частности электронных средств массовой информации: телевидения, системы Интернет. И здесь проблема заключается в пассивном и некритическом принятии личностью ценностей так называемой «массовой культуры».

Ценностное самоопределение студента медицинского вуза в будущей профессии — это обретения смысла и целей жизни в профессии врача. Оно происходит за счёт обогащения ценностных представлений студента о медицинской профессии, сути врачебной деятельности, которая направлена на сохранение жизни и здоровья людей. Важными составляющими в процессе формирования профессиональных ценностей студентов-медиков являются осознание их как личностно-значимых и необходимых для профессионального развития, интеграция медико-биологических и клинических знаний, совершенствование практических умений и навыков по оказанию эффективной медицинской помощи, а также рефлексия собственной деятельности [2].

Литература

1. Болучевская В.В. Ценностные ориентации и социально-психологические установки будущих специалистов помогающих профессий в процессе их профессионального самоопределения. [Электронный

- ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (Дата обращения: 16.03.2017).
2. Заболотная С.Г. Ценностное самоопределение будущего врача в медицинской профессии // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.; [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24971> (Дата обращения: 16.03.2017).
 3. Сорокина Ю. Е. Ценностные ориентации в контексте смысловой перспективы проектов жизни // Известия Тульского государственного университета. – Тула: изд-во ФГБОУ ВПО Тульский ГУ – 2012. – № 1-1. – С.442-452.
 4. Ценностные ориентации личности [Электронный ресурс]. URL: <http://www.inminds.ru/fmads-132-1.html> (Дата обращения 16.03.2017).

М. С. Невзорова, аспирант кафедры немецкой и романской филологии
ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет»

РЕАЛИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЗАВЕРШЕНИЯ РАЗГОВОРА В НАУЧНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИСКУССИИ

The article is devoted to the tactic of closing communication in the scientific professional discussion. This tactic is realized in a range of communicative moves, which are divided into direct, indirect, and additional. The most frequent and effective communicative moves used the scientific professional discussions are indirect communicative moves.

Ключевые слова: научно-профессиональная дискуссия, тактика завершения разговора, прямые, косвенные и вспомогательные коммуникативные ходы

Key words: the scientific professional discussion, the tactic of closing communication, direct, indirect, and additional communicative moves

Важным вопросом является делимитация коммуникативного процесса. Опираясь на понимание непрерывности коммуникативного процесса, И. Н. Борисова правомерно указывает на континуальность (непрерывность) и дискретность (лимитированность) как его свойства, позволяющие выделить единицу членения коммуникации, коммуникативное событие. Для коммуникативного события определяющей становится категория интегративности, благодаря которой становится возможным разделить (делимитировать) непрерывный коммуникативный процесс (дискурс). «Именно благодаря членению бесконечного дискурса «коммуникативного существования» на дискретные фрагменты (коммуникативные события) можно ставить вопрос о текстовой делимитации диалогов» [1, с. 23]. В структуре коммуникативного события выделяется коммуникативный эпизод, имеющий свои собственные границы. Эти границы задаются сменой коммуникативной интенции и введение нового тематического предложения. Следовательно, началом коммуникативного эпизода следует считать реплику, меняющую тему и содержащую новое иллокутивное вынуждение. Конец коммуникативного эпизода при этом может быть вербально маркированным или не содержать специальных сигналов, выражающих завершенность. Понимание между собесед-

никами достигается «посредством реплик (cues) и проспективно, и ретроспективно через контекст» [3, с. 21]. Среди вербально маркированных окончаний коммуникативных эпизодов различают следующие метатекстовые сигналы: сигналы содержательной законченности, сигналы эмоциональной усталости, волонтивные сигналы завершения, информативную ретардацию, ситуативные демилитативные сигналы и сигналы прагматической исчерпанности. Отсутствие сигналов, маркирующих конец коммуникативного эпизода, не влияет на развитие коммуникации, потому что участники разговора безошибочно определяют, когда начинается новый виток в развитии дискуссии [1, с. 23-26].

Очевидно, что и для вступления в разговор, и для его завершения коммуникативным партнерам необходимо предпринимать определенные целенаправленные шаги. По мнению О.С. Иссерс, такие сигналы составляют средства реализации тактики завершения разговора. Особенно трудным в плане реализации становится односторонний выход из коммуникации. Исследователь классифицирует коммуникативные ходы, реализующие тактику завершения разговора на три типа: прямые, косвенные и вспомогательные [2, с. 226]. Выбор наиболее эффективных коммуникативных ходов в рамках тактики завершения разговора обусловлен параметрами коммуникативной ситуации (социально-ролевым статусом коммуникантов, тональностью разговора, официальностью ситуации общения и пр.).

Научно-медицинская дискуссия всегда направлена на эвристический поиск и распространение полученного научного знания и опыта. Этика научной коммуникации требует взаимного уважения своих оппонентов и продуктивного ведения научной дискуссии. Анализ фактического материала показывает, что наиболее частотными являются косвенные коммуникативные ходы, применение которых позволяет мягко завершить обсуждение одного аспекта проблемы и перейти к другому. Коммуникативные ходы, прямо указывающие на прекращение коммуникативного взаимодействия конвенционально неприемлемы в научно-профессиональных дискуссиях. В качестве таких ходов могут, на наш взгляд, рассматриваться сигналы прагматической исчерпанности. Они используются, как правило, на завершающем этапе дискуссии или связаны с положительной оценкой высказывания собеседника. Вспомогательные

коммуникативные ходы наблюдаются при смене коммуникативного партнера или актуализации новой темы.

Обсуждение в рамках одного коммуникативного эпизода может ограничиваться с помощью сигналов содержательной исчерпанности темы беседы.

K.1: Dr. G., do you have an opinion on guidelines?

K.2: Part of what is going on in the revised hypertension guidelines is a worldwide shift from the treatment of individual patients to the treatment of patient populations./.../ I think there are different audiences; a good general guideline today should be aimed at primary care physicians but I think specialists need their own guidelines. As a cardiologist, I would want a very different set of guidelines than is presented in JNC 8.

K.1: Dr. M., given your long association with the highly successful parent of the JNC process, the National High Blood Pressure Education Program, I think your perspective is invaluable. Do you think any of the current guidelines hit the mark or what do you think should have been done differently?

В приведенном фрагменте дискуссии коммуникативный эпизод представлен двумя репликами. Коммуникативная интенция коммуниканта К.1 состоит в уточнении позиции собеседника относительно существующих руководств по лечению гипертонии. Коммуникант К.2 вербализует свою точку зрения, подчеркивая потребность узких медицинских специалистов в руководствах по их специализации. Обобщает тематическое развертывание реплики коммуникативный ход *As a cardiologist...*, который косвенно указывает на исчерпанность ответа и приводит к свертыванию обсуждения. Далее разговор переходит к новому запросу информации у другого коммуникативного партнера. Смена коммуникативного партнера первым коммуникантом выступает как вспомогательный сигнал, указывающий на то, что обсуждение действительно завершено.

Анализ фактического материала позволяет представить композиционную структуру коммуникативного события медицинской дискуссии как совокупности отдельных коммуникативных эпизодов, связанных тематически, регламентированных одной глобальной коммуникативной целью — выработать новое научное знание по заявленной теме. Каждый коммуникативный эпизод может включать в себя простой обмен репликами (вопрос — ответ), как в

приведенном выше примере, а может состоять из нескольких реплик участников дискуссии (вопрос — ответ — уточняющий вопрос — пояснение и пр.). Поскольку каждый из них нацелен на выражение собственной точки зрения и ее аргументации, ответные реплики представляют достаточно объемные высказывания. Для актуализации своей позиции в ответных репликах используются метавыводы из сказанного, косвенно указывающих на завершение обсуждения данного вопроса. Формальными показателями могут быть фразы: *at the end of the day, I believe that ..., I think that, Again, I think..., So I would at least point out, Otherwise,... и др.*

В медицинских дискуссиях также возможно проследить использование волонтивных сигналов завершения обсуждения подтемы в том случае, если вектор коммуникативного развития незаметно для коммуникантов отклонился от намеченного ранее курса. Приведем пример дискуссии на тему концентрации кальция в диализате, в которой принимают участие четыре эксперта. При обсуждении указанной проблемы коммуниканты инициировали обсуждение не только уровня кальция, но и калия, магния. Поэтому один из экспертов вынужден прибегнуть к использованию волонтивного сигнала, чтобы тематически перенаправить разговор.

K.1: ... so this perfect storm that you speak of, of a low calcium, a low potassium, a low magnesium in the presence of a high bicarbonate is potentially, incredibly arrhythmogenic and may well explain much of the mortality at the end of those dialysis treatments.

K.2: I completely agree that we should avoid this kind of storm during the dialysis session. There are so many changes in the different ions that could trigger some arrhythmia. I completely agree that we should avoid important gradients, whether the ion is calcium or potassium. Now we're discussing calcium...

Выражение согласия с точкой зрения оппонента коммуникативно обезоруживает партнера, так как исчезает необходимость дальнейшего воздействия. Свое согласие говорящий усиливает с помощью наречия *completely*. Далее следует актуализация новой темы, касающейся баланса кальция и оценки его усвоения. Вектор развития основной темы дискуссии восстановлен.

Наиболее частыми маркерами конца не только коммуникативного эпизода, но и коммуникативного события в целом выступают

сигналы прагматической исчерпанности. Коммуникация, направленная на решение задач в предметно-практической или интеллектуальной сфере деятельности, ограничивается достижением желаемого результата (получение или уточнение интересующей информации, выработка единого решения). Именно ведущая интенция и сигналы ее реализации определяют границы коммуникативного эпизода. Делимитативные сигналы, маркирующие конец коммуникативного события, тесно связаны с ситуацией общения. Размыкание контакта требует вербализации причин и этикетно-оформленного прощания коммуникантов. Медицинская научная дискуссия, несомненно, вписана в строго определенные временные рамки. Общение в этой сфере строго регламентировано, за соблюдением правил следит модератор ведения дискуссии. Так, довольно частыми становятся реплики, указывающие на ограниченность во времени (*Dr. P., is there time left to talk about the disadvantages of vasoconstrictors?; I think that's fantastic point, and one that's great to end with; Dr. M., you have the last word; my last question to everybody is...*). Подобные сигналы дают понять коммуникантам, что беседа подходит к концу, при этом в научных медицинских дискуссиях, в большинстве протекающих в ситуации полной равностатусности, предписывается выразить благодарность за участие.

K.1: One last question on this topic; the role of CPX testing in trials and device approvals. ... Is there a submaximal measure that one can get from a CPX test that might be similarly indicative of functional capacity that would not require a maximal test?

K.2: Yes, one of the benefits of some of the markers of ventilatory inefficiency, such as the VE/VCO₂ slope, is that it doesn't require a maximal effort to be of value. ... With the VE/VCO₂ slope and most of the other markers of ventilatory inefficiency, one doesn't need a maximal test. It's another reason to advocate the use of those markers in addition to peak VO₂ in a clinical trial.

K.1: That's very insightful. Thank you, Jon and Dave. I believe that we've covered the landscape here: how to do a CPX test, what are good markers, the role of CPX in clinical care, how CPX testing can give us other information on the clinical status of our patients and prognosis, as well as the role of CPX testing in clinical trials. Thank you both.

Финальная реплика помимо положительной оценки высказывания последнего участника содержит сигналы прагматической исчерпанности, маркирующих реализованность всех коммуникативных задач. Коммуникативное событие заканчивается подведением итогов, акцентирующим внимание участников дискуссии на достижении предполагаемых вначале результатов. Кольцевая композиция самой реплики создается повтором благодарности, что позволяет подчеркнуть важный вклад каждого эксперта в развитие дискуссии.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что наиболее эффективно тактика завершения разговора реализуется косвенными коммуникативными ходами, так как они позволяют мягко завершить обсуждение одного аспекта проблемы и перейти к другому. Прямые коммуникативные ходы представлены сигналами прагматической исчерпанности, маркирующими достижение намеченных коммуникативных целей и завершение дискуссии. Вспомогательные коммуникативные ходы наблюдаются при смене коммуникативного партнера или актуализации новой темы.

Литература

1. Борисова, И. Н. Русский разговорный диалог: структура и динамика / И. Н. Борисова. — Москва: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. — 320 с.
2. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О.С. Иссерс. Москва: Изд-во ЛКИ, 2008. — 288с.
3. Шамне, Н. Л. Актуальные проблемы межкультурной коммуникации: учебное пособие / Н.Л.Шамне. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2014. — 200 с.

М. Н. Петрова, канд. филол. наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Беларусь

МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИНОЯЗЫЧНОЙ КОММУНИКАЦИИ

It has been recognized that apart from linguistic knowledge and skills foreign language learners need the ability to use the language in socially and culturally appropriate ways. Therefore, development of intercultural competence has become one of the aims of language teaching to facilitate interaction with speakers of other languages. Intercultural competence is based on understanding value dimensions and behavior patterns of another culture, national self-awareness, cultural sensitivity as well as the choice of appropriate language forms to achieve a desired communicative effect.

Key words: intercultural competence, personal qualities and attitudes, cultural awareness, behavior-patterns, skills of interpreting, critical evaluation, national and social identity, successful intercultural communication and professional interaction.

Ключевые слова: межкультурная компетенция, личностные качества и отношения, культурная осведомленность, модели поведения, навыки интерпретации, критическая оценка, национальная и социальная идентичность, успешная межкультурная коммуникация и профессиональное взаимодействие.

Роль иностранного языка как средства коммуникации и интеграции в мировое сообщество неуклонно возрастает. Развитие глобализации и взаимопроникновение культур, усиление тенденции к расширению и углублению контактов в различных сферах экономической, социальной и культурной жизни обуславливают рост интереса к изучению иностранного языка в контексте диалога культур. В процессе межкультурного взаимодействия человек сталкивается с рядом трудностей вследствие несовпадения в восприятии окружающего мира носителями разных культур, что может привести к недопониманию и возникновению конфликтов. Для эффективной коммуникации и преодоления межкультурных противоречий важ-

ны умения строить конструктивные отношения с партнерами на основе признания ценностей, моделей мышления и поведения представителей других культурных сообществ.

Обучение основам культурного диалога в XXI веке приобретает статус жизненно-политического, экономического, миротворческого императива. Духовно-нравственные ценности, моральные императивы ощутимо начинают торжествовать над сиюминутными нуждами, становятся руководством для правительств и государств [1, с.79]. В этом контексте подчеркивается необходимость владения не только системой языка, но и иноязычной культурой. Подготовка специалистов, способных к общению, сотрудничеству и эффективному взаимодействию с представителями иных национально-культурных социумов предполагает формирование межкультурной компетенции.

К компонентам межкультурной компетенции относятся:

- отношения (любопытность и открытость, непредвзятость, толерантность к иным культурным ценностям и нормам, желание инициировать межкультурный диалог);
- знания о многообразии языков и культур, современном поликультурном ландшафте, специфике уклада жизни и поведения представителей различных социальных групп, общих процессов общественного и индивидуального взаимодействия;
- умение интерпретировать и критически оценивать факты и события взаимодействующих культур при их сравнении и сопоставлении, выявлять культурные сходства и различия, определять ситуации возможных межкультурных конфликтов и находить пути их преодоления;
- способность приобретать новые знания об иноязычной культуре и интегрировать их в процесс реального общения и взаимодействия, выбирая соответствующие модели поведения, языковые и речевые средства для достижения желаемой цели общения;
- осознание своей национальной идентичности и культуроспецифичности, а также готовность выступать в качестве представителя родной страны/культуры в условиях межкультурного и профессионального взаимодействия.

Целью обучения межкультурному общению не является передача информации о стране изучаемого языка. Задача преподавателя состоит в том, чтобы помочь обучающимся понять,

- как происходит межкультурное взаимодействие,
- какова роль социокультурного компонента межкультурной коммуникации,
- как восприятие друг друга партнерами по общению влияет на успех коммуникации,
- как можно самостоятельно узнать больше об образе жизни и моделях поведения народа страны изучаемого языка.

Чтобы научить языку как реальному средству общения, нужно создавать на занятиях обстановку реального общения, использования иностранного языка в живых, естественных ситуациях, что способствует повышению эффективности обучения иностранному языку. Важнейшее значение в этом контексте имеют информационно-коммуникационные технологии, позволяющие привносить в учебный класс языковую и социокультурную среду изучаемого языка, слышать речь носителей языка, видеть изучаемые аспекты культуры, знакомиться с культурным многообразием поликультурного мира, тем самым обогащая языковую и социокультурную практику обучающихся, развивая их иноязычную коммуникативную и межкультурную компетенции [2, с.14].

Для формирования и совершенствования межкультурной компетенции рекомендуется использовать поисково-игровые, познавательно-поисковые и познавательно-исследовательские культуроведческие задания, коммуникативно ориентированные ролевые игры, направленные на развитие коммуникативных умений, а также умений осуществлять поиск, отбор материала, его систематизацию, анализ, синтез, представление в виде письменного проекта или презентации. Выполнение культуроведческих заданий способствует развитию навыков и умений, составляющих основу межкультурной компетенции:

- воспринимать мир в многообразии языков и культур;
- понимать систему основных ценностей и образ жизни, принятые в стране изучаемого языка, и толерантно к ним относиться;
- выделять в диалоге родной и чужой культуры их сходства и различия;
- участвовать в обсуждении на иностранном языке культуроведческих аспектов жизни людей в стране изучаемого языка;

- выполнять культуроведческие проекты (в том числе с использованием информационных технологий) и участвовать в устных презентациях результатов по ним;
- представлять собственную культуру, понимая, какие ценности материальной и духовной культуры являются предметом национальной гордости.

Интерактивные технологии обучения, вовлекающие всех обучающихся в совместную учебную деятельность, также способствуют развитию межкультурной компетенции. К ним относятся: мозговой штурм, интервью, экспресс-конференции, диалоги с учеными, дебаты, круглый стол, ролевые игры, симуляции и другие.

Тематико-ситуативная организация материала, обладающего культурологической ценностью, способствует повышению уровня культурологической осведомленности студентов, содействует формированию целостной системы представлений об основных национальных традициях, обычаях и реалиях как страны изучаемого языка, так и своей страны, формирует у обучающихся представление о культурном разнообразии как норме сосуществования и взаимного развития культур в современном поликультурном мире, помогает обучающимся увидеть себя в качестве равноправных представителей мирового сообщества, объединенных общими интересами, проблемами и решениями.

Обучение профессионально ориентированной иноязычной коммуникации, осуществляемое на основе концепции, акцентирующей внимание на подготовке будущих специалистов к жизнедеятельности в поликультурном пространстве в условиях межкультурной коммуникации, будет способствовать успешному и эффективному взаимодействию с иноязычными партнерами.

Литература

1. Костомаров, В.Г. Русский язык в современном диалоге культур // Русский язык за рубежом. — 1999. — №3. — с.77-85.
2. Сысоев П.В. Дидактические свойства и функции современных информационных и коммуникационных технологий // Иностранные языки в школе. — 2012. — №6. — с.12-21.

М. Ю. Пуга, аспирант кафедры патологической анатомии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ «ПРОЗЕКТОР – РОДСТВЕННИКИ УМЕРШЕГО»

The article shows the relationship between the pathologist and relatives of a deceased person. This topic is quite interesting and has not been considered earlier, because of the specific nature of the pathologist's profession and the emotional state of the relatives.

Key words: pathologist, deceased person, relatives, professional communication, emotional state, personality.

Ключевые слова: прозектор, умерший, родственники, профессиональное общение, эмоциональное состояние, личность.

Вполне естественным является контакт родственников умершего с прозектором. Инициатива в этот момент может принадлежать любой стороне. Чаще она исходит от родственников, интересующихся подробностями, обнаруженными при вскрытии, причиной смерти. Иногда родственники обращаются за разъяснением непонятных для них медицинских терминов.

Реже инициатором встречи бывает прозектор. Это бывает в тех случаях, когда ему необходимо уточнить анамнестические сведения о жизни и болезни покойного [2]. В обоих случаях разговор с родственниками должен полностью удовлетворить заинтересованные стороны.

Учитывая тяжелое моральное состояние родственников покойного, необходимо удовлетворить все их обоснованные просьбы. Выйти для разговора вскрывающий врач обязан немедленно, в крайнем случае, беседу должно провести компетентное лицо, вплоть до заведующего отделением. Разъяснения должны быть сделаны исчерпывающе подробно, доступным для родственников языком, без спешки и суеты. Переговоры должны вестись не на ходу, а желательнее в отдельной комнате. Врач ни в коем случае не должен демонстрировать нетерпение, разговор должен закончить родственник. Абсолютная выдержка, такт и максимальное терпение в разговорах с родственниками должны непременно соблюдаться.

Все сведения об обнаруженных изменениях во время вскрытия, о заболевании и причине смерти врач обязан, ничего не утаивая, сообщить родственникам. Проблема заключается в том, что определенное число заболеваний оказывается неправильно диагностированными лечащими врачами, полностью или в деталях. Иногда это ведет и к неправильному лечению. К счастью, количество курьезных случаев, где правильно назначенное лечение при правильной диагностике могло спасти больного, и где этого не было сделано, имеет тенденцию к снижению. И в этих случаях правду утаивать от родственников нельзя.

Искусство прозектора в разговоре с родственниками заключается в том, чтобы в самых трагических случаях найти такие слова, которые убедили бы родственников в том, что ошибка оправдана определенными объективными причинами, объективными трудностями в диагностике, что в большинстве случаев справедливо. Это, конечно, не касается исключительных случаев заведомой халатности со стороны лечащего врача.

Терпеливая и доброжелательная беседа, умение завоевать полное доверие всегда приводит к успеху беседы.

Если прозектору после вскрытия что-то осталось неясным, необходимо дать понять это родственникам, не скрывая от них своих затруднений. Если что-то может проясниться после дополнительных исследований, то следует оставить такую надежду и родственникам, назначив им дополнительную встречу. Дав обещание, прозектор обязан при любых обстоятельствах его выполнить.

Иногда беседа с родственниками умершего, начавшаяся расспросами о конкретном случае, переходит на другие медицинские темы, касающиеся других заболеваний. И в этом случае прозектор не должен забывать, что он врач, и его моральная обязанность ответить на интересующие родственников вопросы. Это он должен сделать, не торопясь.

Еще одна деталь, которую следует отметить. Дело в том, что все ответы на вопросы относительно окончательного диагноза и причин смерти родственник должен получить только у прозектора [1]. Лечащие врачи должны быть информированы об этом и неукоснительно соблюдать это правило. В противном случае несовпадение в трактовке причин смерти даже формального, терминологического

порядка могут вызвать нежелательные затруднения, непонимание со стороны родственников. Если последние обращаются к лечащему врачу по данному поводу, то он в деликатной форме должен переадресовать родственников к прозектору, объяснив, что прозектор, который исследовал труп, сможет в самых подробных деталях ответить на все интересующие вопросы. Особенно тяжелые, подчас конфликтные, ситуации возникают, когда на эти вопросы отвечает клиницист, вышедший из секционной, а вскоре эти же вопросы уточняет прозектор, мнение которого может не совпасть с мнением клиницистов.

Лечащий врач отвечает на вопросы, касающиеся жизни больного до момента его смерти, а о причинах смерти может говорить только прозектор [3]. Это всегда надо помнить и постоянно разъяснять лечащим врачам.

С другой стороны, прозектору не следует вдаваться в подробности, связанные с процедурой оформления документов, похорон, и других чисто технических сторон. На данные вопросы гораздо лучше могут ответить санитары прозектуры. Поэтому, закончив разговор с родственниками на темы, касающиеся компетенции врача, прозектор за техническими разъяснениями адресует родственников к санитарам.

Само собой разумеется, что внимательное и тактичное отношение к родственникам покойного должно воспитываться у всего персонала прозектуры.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013 г. N 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».
2. Руководство по биопсийно-секционному курсу: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
3. Flasher L.V., эFogle P. T. Counseling Skills for Speech-Language Pathologists and Audiologists. — Cengage Learning, 2012. — 531с.

А. Ю. Соколова¹, канд. филол. наук, доцент

А. Ю. Жукова², врач-офтальмолог

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

² — ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь, Россия

ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» КАК ОСНОВА ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

The popular term «patient-oriented» in Russia is seen, first of all, as the satisfaction of the consumer, that is, the patient with the services in the medical institution. However, the main point of patient-centered care, according to the scheme proposed in the article, is effective communication «doctor — patient».

Key words: patient-centered care, patient satisfaction, medical services, effective communication «doctor-patient».

Ключевые слова: пациетоориентированность, удовлетворенность пациента, медицинские услуги, эффективная коммуникация «врач — пациент».

Сегодня термин «пациентоориентированность» часто употребляется в медицинских кругах. Это обусловлено его привлекательностью — ведь действительно, на что еще может быть ориентирована медицина, как не на пациента?

Данный термин заимствован из зарубежной практики и, к сожалению, трактуется в России совершенно иначе.

В России пациентоориентированность рассматривается, прежде всего, как удовлетворенность потребителя, то есть пациента, услугами, указанными в медицинском учреждении. Такие выводы можно сделать, проанализировав статьи и сайты учреждений здравоохранения. Так, статья «Как построить партнерские отношения с пациентами и снизить количество жалоб» описывает мероприятия для повышения пациентоориентированности [1]. В статье рассматривается понятие пациентоориентированности и «пути решения проблемы удовлетворенности пациентов лечебных учреждений с позиций менеджмента качества». При этом понятие и процесс формирования пациентоориентированности сводится к удовлетворенности пациента и является «результатом соотношения его ожиданий и фактичес-

ки оказанной медицинской помощи». Авторы приводят ряд мероприятий, которые помогут повысить пациентоориентированность в медицинской организации на разных уровнях. К ним относятся: создание информационного пространства для пациентов и законных представителей, защита работников от стрессовых факторов, стандартизация производственных и коммуникативных процессов.

На сайтах различных медучреждений подобные абстрактные формулировки находят более конкретные воплощения.

Так, например, в ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» г. Чита «к достижению высокого уровня пациентоориентированности прикладывается максимальное количество усилий» [3]. Направлены они, прежде всего, на повышение качества и доступности оказания медицинской помощи пациентам, их бытовому комфорту во время пребывания в стационаре, а также информированности по всем видам проводимого лечения.

Для достижения высокого уровня пациентоориентированности, согласно сайту, используются следующие принципы работы:

- 1) высокий профессионализм персонала, соблюдение моральных и этических норм;
- 2) еженедельные обходы каждого отделения больницы работниками администрации с целью выявления замечаний по качеству работы персонала;
- 3) наличие книг жалоб и предложений, горячей линии, проведение ежемесячного анкетирования пациентов;
- 4) оформление стендов с информацией для пациентов, о режиме работы учреждения, правилах внутреннего распорядка, профилактике различных заболеваний;
- 5) наличие информационных источников по этике и медицинскому праву для сотрудников;
- 6) проведение мероприятий, направленных на повышение качества и расширение спектра оказываемых медицинских услуг.

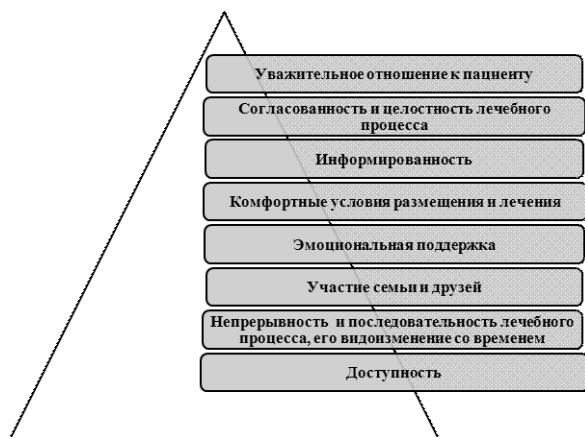
Приведенные мероприятия — это способы повышения качества обслуживания пациентов. Практически все мероприятия касаются деятельности персонала, направленной на предоставление качественной медицинской помощи и, следовательно, удовлетворенность пациентов предоставляемыми услугами. Но при этом речь идет о пациенте как потребителе услуг и ничего более.

Термин «пациентоориентированность» — более широкое понятие, которое стало использоваться в зарубежных странах в 90-х годах XX века.

Существуют многочисленные определения «пациентоориентированности». Приведем одно из определений, которое, на наш взгляд, является достаточно полным: пациентоориентированность — это инновационный подход к планированию, осуществлению и оценке медико-санитарной помощи, которая основана на взаимовыгодных благоприятных партнерских отношениях между поставщиками медицинских услуг, пациентами и их семьями [5].

Все современные концепции исследования в области пациентоориентированности в значительной степени основаны на исследовании, проведенном в 1993 году Институтом Пикера (the Picker Institute) совместно с Гарвардской школой медицины [4]. Это исследование выявило восемь аспектов пациентоориентированности.

Приведем их на следующей схеме.



Как видно из данной схемы, под пациентоориентированностью понимаются определенные благоприятные условия осуществления лечебного процесса для пациента. При этом речь не идет о профессиональной квалификации персонала или наличии определенных медицинских процедур. Основным моментом пациентоориентированности, согласно схеме, является эмоциональная составляющая отношений врача и пациента.

Именно эффективная коммуникация «врач — пациент» часто исключается при трактовке данного термина в России. Соблюдение этических норм и медицинского кодекса не являются гарантией эффективного общения между врачом и пациентом. К сожалению, в Российских медучреждениях и учреждениях, осуществляющих подготовку врачей, уделяется недостаточное внимание развитию навыков общения врача и пациента, которые так необходимы при построении партнерских отношений.

Однако уже намечается небольшой сдвиг в этом направлении. В вышеупомянутой статье из журнала «Заместитель главного врача» среди мероприятий, направленных на повышение пациентоориентированности в медицинской организации, значатся такие, как создание условий для повышения коммуникативной компетентности персонала, разработка и внедрение речевых модулей общения «врач — пациент», проведение коммуникативных тренингов. Ряд мероприятий предлагается и в статье «Мероприятия для повышения пациентоориентированности», опубликованной на портале информационной поддержки специалистов ЛПУ [2]. Несмотря на то, что пациентоориентированность рассматривается в данной статье с позиций менеджмента качества как «удовлетворенность пациентов лечебных учреждений», приводится ряд мероприятий, связанных с коммуникацией «врач — пациент»: повышение общего уровня корпоративной культуры во всем учреждении, формирование коммуникативных навыков врачей, создание дополнительных инструкций по общению с пациентами на рабочих местах.

Все эти факты свидетельствуют о том, что такое направление деятельности, как пациентоориентированность, должно быть и является одним из приоритетных в современной системе здравоохранения. Прежде всего, оно подразумевает умение медицинского работника выстраивать партнерские отношения с пациентами.

Литература

1. Как построить партнерские отношения с пациентами и снизить количество жалоб // Заместитель главного врача. № 12 (декабрь 2016). — URL: <http://http://e.zamglvracha.ru/article.aspx?aid=509743> (дата обращения: 21.01.2017).
2. Мероприятия для повышения пациентоориентированности // Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ URL: <http://>

www.zdrav.ru/articles/4293653510-qqq-16-m12-04-12-2016-meropriyatiya-dlya-povysheniya-patsientoorientirovannosti(дата обращения: 27.01.2017).

3. Сайт ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» г. Чита – URL: <http://kkib.sibhost.ru/node/165>(дата обращения: 21.01.2017).
4. Сайт Института Пикера – PickerInstitute -URL: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/> (дата обращения: 25.01.2017).
5. Соколова А.Ю., Сорокин Ю.И. Об определении термина «пациентоориентированность» // 21 century: fundamental science and technology XI: Proceedings of the Conference. North Charleston, 23-24.01.2017, Vol.1 – North Charleston, SC, USA: Create Space, 2017, 257с., С.41-43.

С. И. Филиппченкова, д-р психол. наук, доцент

А. А. Мурашова, студентка 2 курса, лечебного факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЩЕНИЯ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Communicative setting is a stable and important personal quality. It both helps and hinders the establishment of contact between partners in communication, thereby causing the doctor's professional success or lack of it. The article presents the results of the study of medical students' communicative setting.

Key words: professional communication, efficiency, communicative attitude, behavioural responses, emotional responses, communication barriers.

Ключевые слова: профессиональное общение, эффективность, коммуникативная установка, поведенческая реакция, эмоциональное реагирование, коммуникативные барьеры.

Профессиональная деятельность врача является весьма сложной и специфичной и принадлежит к профессиям «субъект-субъектно-го типа», где залогом профессиональной успешности является умение эффективно и бесконфликтно общаться.

Межличностная коммуникация в рамках профессионального общения врачей способствует формированию определенной точки зрения на проблемы пациента, выработке тактики лечения для достижения главной цели, а именно, выздоровления пациента. От того, насколько правильно и эффективно медицинский персонал выстраивает межличностное общение, во многом зависит профессиональная успешность, обеспечивается взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач [1].

Эффективность профессионального общения врача во многом обусловлена коммуникативной установкой личности, которая представляет собою набор моделей или шаблонов реагирования в определенной ситуации. Каждый шаблон может быть представлен поведенческой реакцией, эмоциональным реагированием, системой оценок людей и ситуаций. Иначе говоря, личность выстраивает

взаимодействие с определёнными типами партнёров по общению, опираясь на свой жизненный опыт, заученными способами.

Если вспомнить, что в нашем сознании хранятся многочисленные шаблоны реагирования на различные типы людей, на повторяющиеся житейские обстоятельства, на привычные профессиональные ситуации, то нетрудно понять, какое значение имеют установки в повседневной коммуникации — они, то способствуют, то препятствуют налаживанию и поддержанию контактов с партнерами [3].

Коммуникативная установка может быть позитивной, что обуславливает готовность к доброжелательному общению и отношению к окружающим. И наоборот, негативная коммуникативная установка способствует формированию недоброжелательного отношения к партнёрам по общению, что провоцирует возникновение различных коммуникативных барьеров, которые, в свою очередь, затрудняют процесс общения, искажают информацию и делают неэффективным профессиональное взаимодействие врачей.

Цель исследования: выявить особенности коммуникативной установки у студентов-медиков Тверского ГМУ.

Материалы и методы: обследовано 97 студентов Тверского ГМУ в возрасте от 19 до 22 лет.

Исследование проводилось с помощью Методики диагностики коммуникативной установки В. В. Бойко. Данная методика предназначена для выявления, прежде всего, негативных коммуникативных видов установок личности по отношению к другим людям. К таким видам установок относятся: завуалированная жестокость в отношениях к людям, в суждениях о них; открытая жестокость в отношениях к людям; брюзжание, то есть, склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью. Кроме этого, методика позволяет выявить обоснованный негативизм в суждениях о людях и негативный личный опыт общения с окружающими [2].

Результаты и обсуждение: итоги проведённого исследования, что видно на диаграмме частоты проявления негативных коммуникативных установок студентов-медиков (рис. 1) свидетельствуют о том, что позитивная коммуникативная установка выражена лишь у 20 % испытуемых, а 80 % — являются носителями негативной коммуникативной установки.

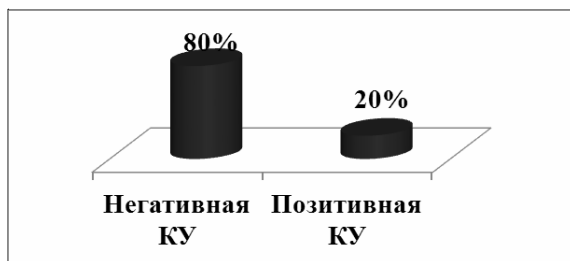


Рис. 1. Частота проявления негативной коммуникативной установки студентов-медиков

Среди негативных коммуникативных установок у студентов-медиков, как видно из диаграммы степени выраженности различных видов негативной коммуникативной установки (рис. 2), у 60 % испытуемых выражена открытая жестокость в отношении к людям, у 45 % – завуалированная жестокость, у 43 % – обоснованный негативизм в суждениях о людях, у 17 % – брюзжание, у 30 % – негативный личный опыт общения с окружающими.

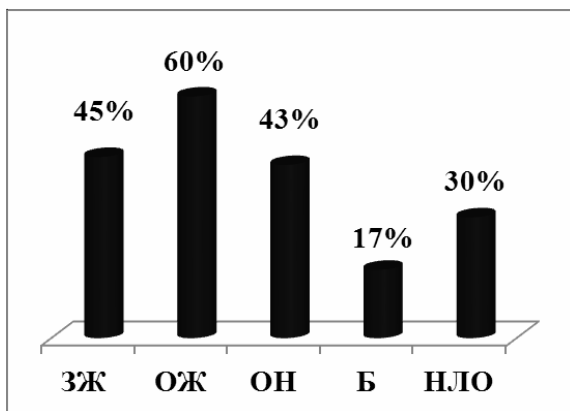


Рис. 2. Степень выраженности различных видов негативной коммуникативной установки у студентов-медиков:

ЗЖ – завуалированная жестокость; ОЖ – открытая жестокость;
 ОН – обоснованный негативизм в суждениях о людях;
 Б – брюзжание; НЛО – негативный личный опыт общения с окружающими.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что большинство студентов-медиков (будущих врачей)

имеют негативную коммуникативную установку, которая отражает готовность недоброжелательно относиться к большинству окружающих, что недопустимо при общении с пациентами.

Чаще, чем другие, встречается такая форма негативной установки, как открытая жестокость. В этом случае личность не скрывает и не смягчает свои негативные оценки и переживания по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные и сделаны, возможно, навсегда. Достаточно часто встречается завуалированная жестокость, когда в замаскированной, приглушенной или косвенной форме суждения личности содержат недоброжелательность, настороженность в отношениях со многими партнерами, отрицательные выводы о людях, нежелание откликаться на их проблемы. А также обоснованный негативизм в суждениях о людях является распространённой формой негативной коммуникативной установки у студентов-медиков. Он выражается в объективно обусловленных отрицательных выводах о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия: ведь в жизни имеют место огорчительные явления, не замечать которые было бы наивно [4]. При всём при этом степень выраженности наличия негативного жизненного опыта невелика. Следовательно, можно предположить, что открытая, завуалированная жестокость и обоснованный негативизм являются результатом воспитания и тех жизненных событий, которыми были наполнены детские годы испытуемых.

Литература

1. Мурашова, Л.А. Профессиональное общение медицинского персонала как фактор удовлетворённости трудом и социально-психологического климата в коллективе. [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психолог. наук (19.00.03) / Всероссийский научно-исследовательский институт технической эстетики — Тверь. Москва, 2012. — 25 с.
2. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2014. — 490 с.
3. Хьюстон М. Введение в социальную психологию / М.: Юнити-Дана, 2004. — 624 с.
4. Янчук В.А. Введение в современную социальную психологию / Мн.: АСАР, 2005. — 800 с.

А. А. Царикова, старший преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Беларусь

ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ КАК ТИП АНГЛОЯЗЫЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ДИСКУРСА

The article considers medical case discussion as a specific discourse type, basing on V.I. Karasik's typology with the objective of further teaching medical students case discussion discourse practices. Case discussion proves to be a specific discourse type as it possesses its own characteristics such as participants, conditions (presupposition, sphere, and chronotope), organization (motives, objectives, and strategies), as well as genre and style.

Key words: case discussion, case discussion discourse, medical practice, collective decision making

Ключевые слова: обсуждение клинических случаев, дискурс обсуждения клинических случаев, медицинская деятельность, коллективное принятие решений

Медицинская деятельность сегодня становится всё менее работой отдельного врача, и всё более — деятельностью коллектива специалистов. В связи с этим и принятие клинических решений становится коллективным, а обсуждение клинических случаев — неотъемлемым компонентом профессиональной практики врачей. Такое обсуждение имеет место на ежедневных клинических конференциях («пятиминутках»), консилиумах, научных конференциях в разделах и секциях «*Case Discussions*», а также в учебном процессе медицинских вузов. Следовательно, может представляться целесообразным в курсе обучения иностранным языкам, в частности, английскому, уделить внимание обучению дискурсивным практикам обсуждения клинических случаев, определив объектом обучения соответствующий тип дискурса. Нами не найдено данных, определяющих дискурс обсуждения клинических случаев (далее — ДОКС) как особый тип дискурса, что позволяет нам предпринять собственную попытку данного определения.

Лингвопрагматика рассматривает дискурс с позиции принадлежности людей к той или иной группе или применительно к той или иной типичной речеповеденческой ситуации. Исследователи медицинского дискурса ([1] и др.) относят его к статусно-ориентированному типу и выделяют его как вид институционального дискурса (ИД). По определению В. И. Карасика, ИД есть специализированная клишированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума [2, с.195]. ИД рассматривается в различных исследованиях по функциональной и прагматической лингвистике, посвященных определенным типам общения и говорения, выделяемым на основании социо- и прагмалингвистических признаков.

Суть институциализации состоит в типизации повторяющихся действий и связанных с ними ожиданий в пределах норм того или иного социального института, а деятельность людей, в том числе и речевая, подчиняется нормам социальной роли, в то время как его внеролевая идентичность временно отступает на второй план. Социальный институт определяется как «установленный порядок правил и стандартизированных моделей поведения» [2, с.204]. Система здравоохранения, в которой собственно и реализуется медицинский ИД, представляет собой социальный институт, а профессиональная речевая деятельность специалистов в нём подчиняется именно социальной роли врача. Напротив, к неинституциональным устным медицинским дискурсам можно отнести дискурсы научно-популярных телепередач, бытовое обсуждение болезней и состояний неспециалистами и подобные.

Рассмотрим ДОКС по типологии В.И. Карасика на основании таких категорий, как: 1) участники общения (статусно-ролевые и ситуативно-коммуникативные характеристики), 2) условия общения (пресуппозиции, сфера общения, хронотоп), 3) организация общения (мотивы, цели и стратегии, вариативность коммуникативных средств), 4) способы общения (тональность, стиль и жанр общения) [2, с. 201]. Для анализа ДОКС мы отобрали эпизоды англоязычных телевизионных сериалов, фрагменты учебных видеосюжетов, предназначенных для обучения англоязычных студентов и специалистов профессиональному общению, а также видеозаписи реальных обсуждений случаев, представленные в сети Интернет.

Следует отметить, что ситуации ОКС в телевизионных сериалах подчинены сюжету и авторскому замыслу, подвержены влиянию характера межличностных отношений между персонажами и часто уходят от интересующей нас линии — обсуждения и принятия решений в клинических случаях. Для исследовательских целей нам пришлось исключить такие отклонения и анализировать только релевантные эпизоды. Видеозаписи учебных и реальных обсуждений случаев такой обработки не требовали.

Анализ материала показал, что обсуждение отдельного клинического случая представляет собой завершённый речевой акт, включающий в различном соотношении монолог-презентацию случая, монолог-представление решения, диалог-расспрос, полилог-обмен мнениями с ведущей ролью последнего, и имеет единую коммуникативную цель — принятие решения обсуждаемого клинического случая. Проблемой, требующей решения, может выступать постановка диагноза, выбор плана лечения, выявление причин возникновения заболевания и другое.

Основными участниками ДОКС являются формально равноправные субъекты — врачи; коммуникативное участие пациента и среднего и младшего медперсонала практически исключено. Характерной особенностью ДОКС является формальное равенство его участников в том смысле, что, хотя никто из них не обладает монополией на истину, среди участников есть более и менее авторитетные специалисты. Степень авторитетности отражена в формулах обращения, используемых в речи: *Dr. House, Prof. Stojak, colleague*.

Что касается условий общения, хронотопом ДОКС являются обстановка, время и место, прототипные для ситуаций обсуждения клинических случаев: утренняя клиническая конференция, консилиум по окончании обхода больных, неформальное обсуждение случая коллегами, формализованное протоколируемое обсуждение экстренной ситуации в ходе операции, которые могут иметь место в ординаторской, конференц-зале клиники, диагностическом кабинете, в операционной во время операции.

Ценности ДОКС сконцентрированы вокруг пациента и его случая и обуславливают стратегии ДОКС: определить проблему и выделить предмет медпомощи, проанализировать этиологию состояния пациента, сформулировать предполагаемый диагноз, опреде-

лить методы исследования, доложить и прокомментировать результаты проведённых исследований, высказать предположения относительно диагноза и терапии. Эти стратегии можно сгруппировать в три класса: представление случая, обмен мнениями, согласование и принятие решения. Пресуппозицией ДОКС является отсутствие сомнений в квалификации всех участников обсуждения и благие намерения всех участников.

В жанре обсуждения клинического случая, как и в других, требующих стандартной формы, индивидуальный стиль не входит в замысел говорящего. В отличие от коммуникативного регистра «врач — пациент», в регистре «врач — врач» нет необходимости в установлении доверительных отношений, использовании терминологических субститутов, эвфемизмов и других средств смягчения информации. Напротив, жанру обсуждения свойственна *деперсонализация* больного. Некоторые исследователи данной проблемы [1, 3] отмечают, что врачи, говоря о пациентах в их отсутствие, употребляют «обезличивающую» лексику и грамматику. Пациента кратко идентифицируют в первой фразе, относя его к определённой возрастной группе, расовой и половой принадлежности, например:

Our patient, 58-year-old white Caucasian British lady, came to the emergency department with a 2 day history of high fever (38.6°C) shortness of breath, productive cough and diarrhea 3 days after she had arrived from New Jersey.

The patient, 56, male, was admitted with acute-onset right-sided chest pain, shortness of breath, dry cough and fever.

Далее пациент редко становится субъектом. Напротив, формальным субъектом действий становятся симптомы болезни, анамнез, результаты исследований: *Her condition rapidly deteriorated; Her blood tests were non-specifically abnormal; His chest X-ray findings were consistent with a right lower lobe pneumonia; Her condition worsened; Her medical history included type 2 diabetes; His symptoms progressed.* Таким образом, в фокусе обсуждения находится не личность больного, а поле для приложения усилий врачей. О похожем явлении пишет Т. Халковски, указывая на деперсонализацию пациента в медицинском дискурсе, когда больного называют по его болезни *the+ disease*, например: *the hip fracture in room 32* [3, с. 323].

Жанр обсуждения клинического случая не только требует деперсонализации пациента, но и пренебрегает исполнителем терапевтической деятельности (медицинским персоналом), то есть агент действия изымается. Это явление наблюдается, когда речь идет о выполняемых манипуляциях или наблюдаемых явлениях: *the patient was started on intravenous vancomycin; a electroencephalogram was conducted; a long term antibiotic treatment was prescribed; a prosthetic ring was then sutured; a new surgical procedure was required and performed on April 23, both cases were noted to have respiratory problems on examination.*

Изъятие агента деятельности приобретает особое значение в случаях, когда принятые врачами решения были неоднозначны, противоречивы или этически отягощены, а также во избежание оправдательной позиции, например: *a computed tomography scan was not performed as it was not available in our emergency department* — говорящие снимают с себя ответственность за недостаточную диагностику, объясняя это объективными причинами; *he underwent a laparotomy, gastrotomy* — пациент выступает формальным субъектом хирургической операции, которую сам и переносит; *supportive care was declined by the family and she was extubated* — фатальное решение принимается родственниками пациента, но исполнитель экстубации прямо не называется. Хотя исполнитель действий во всех этих случаях выражается лишь имплицитно, вряд ли его изъятие кого-либо введёт в заблуждение, поэтому данное явление носит сугубо стилистический характер и является жанровой особенностью обсуждения клинического случая.

Субъектом манипуляций часто выступает оборудование, инструменты и сами процедуры: *a chest radiograph showed consolidation; a computed tomography scan of her chest revealed multiple foci; bronchoalveolar lavage confirmed growth of Histoplasma capsulatum; a chest radiograph revealed patchy shadows in her bilateral upper lung fields; computed tomography of the maxillofacial sinuses revealed pansinusitis.* Т. Халковски отмечает, что употребление глаголов *reveal, show, confirm* в действительном залоге подразумевает, что информация, полученная с помощью приборов, является истинной, в то время как в действительности она получена в результате неоднозначной интерпретации субъектом — врачом, часто в результате оживлённых дискуссий, обмена мнениями между специалистами относительно

значения показаний приборов [3, с. 330.]. Употребление таких клише, как *a CT scan revealed, a chest radiograph showed*, рождает миф о том, что инструменты, а не люди, создают информацию.

Ещё одной особенностью высказываний в ходе обсуждения случая является наличие маркёров ответственности. Поскольку определённую часть информации предоставляет сам пациент, в докладе она предстаёт в реферативном виде. Мы находим два способа её предоставления: как факт и как пересказ слов больного. В первом случае предоставленные пациентом данные преподносятся как объективные наряду с данными инструментальных и лабораторных исследований, однако не подкрепляются документально: *The patient had been healthy until three days before admission, when she developed fever. She also smoked 5 cigarettes daily.* Во втором, более распространённом случае, полученные от пациента данные предстают как субъективные: *He denied any history of steroid use or any chemotherapy. He denied recent travel. He denied smoking, alcohol, or illicit drug use. She denied ingestion of alcohol, other medications, or drugs. He denied any known allergies. When asked about ice-cube eating, she stated that she drank and sucked ice cubes. No other complaints were reported. She had no evident psychiatric illness, drug history or known allergy. Deny, report, state, evident, known* тут являются маркёрами, сигнализирующими об ответственности пациента за предоставленную информацию. Т. Халковски, рассуждая об этом явлении, предполагает, что *the patient denies* может иметь коннотацию лжи или неодобряемого поведения, которое больной хочет скрыть. Слова *evident, known* употребляются врачом с целью имплицитной самозащиты, для того, чтобы в случае нежелательной реакции на назначенное лечение ответственность находилась в поле пациента, предоставившего ложную информацию [3, с. 336].

Литература

1. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дисс. ... док. филол. наук: 10.02.19 / Волгоград, 2008 — 46с.
2. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс / Волгоград, 2002. — 331с.
3. Halkovski T. Medical Discourse // Continuum Companion to Discourse Analysis, ed. by K.Hyland, B.Paltridge; London: Continuum Int., 2011. — 393р.

Г. И. Шаранда, канд. филол. наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Беларусь

ФОРМИРОВАНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ В УСЛОВИЯХ НЕЯЗЫКОВОГО ВУЗА

The article deals with developing students' phraseological competence in professionally oriented foreign language teaching. The author considers Latin or Greek origin of phraseological units and their similarity/identity in many languages as a consequence. Possible ways of their use in the language learning process are analyzed and different types of practical tasks are suggested. In conclusion the paper highlights the importance of phraseology knowledge in the target language as an indicator of communicative and sociocultural competence of the language learner.

Key words: phraseological competence, phraseological stock, proverbs and sayings, mini-dialogue, etymology, idiomatics, sociocultural competence.

Ключевые слова: фразеологическая компетенция, фразеологический фонд, пословицы и поговорки, микродиалог, этимология, идиоматика, социокультурная компетенция.

Лексико-фразеологический уровень языка наиболее эксплицитно отображает особенности материальной и духовной культуры нации. Лингвисты неоднократно отмечали уникальность, неповторимость содержания фразеологического фонда различных языков, в котором (особенно в пословицах и поговорках) фиксируются моральные приоритеты народа, иерархия его культурных ценностей.

Фразеологический фонд любого языка формируется, в первую очередь, за счет языковых единиц, называющих наиболее релевантные для того или иного народа понятия, осмысление которых ценно, прежде всего, в плане овладения иностранным языком и понимания чужой культуры.

Во фразеологии и, особенно, в пословицах и поговорках, как ни в каком другом виде языкового творчества, отражено все многооб-

разие жизни народа: любовь и ненависть, правда и ложь, трудолюбие и лень, мужество и трусость, радость и огорчение.

Нет сомнения, что изучение фразеологии (пословиц и поговорок) при обучении иностранным языкам очень важно по многим аспектам.

Пословицы и поговорки возникают в разные периоды жизни народа и связаны с разными сторонами его деятельности. Но это лишь свидетельствует о том, что они сохранили свою актуальность и продолжают оставаться неотъемлемой частью современных языков, делая обыденную речь более четкой, краткой, содержательной и выразительной.

Для пословиц и поговорок характерна лаконичность, рифма, простая форма. Изучая пословицы и поговорки на иностранном языке, мы можем лучше понять носителей этого языка. Каждый народ суммирует в пословицах и поговорках свой опыт, а он часто совпадает с опытом других народов.

Значительная часть пословиц и поговорок имеет латинское или греческое происхождение и поэтому они идентичны во многих языках. Например:

лат. Fames est optimus coquus (Голод – лучший повар)

польск. Głód jest najlepszym kucharzem (Голод – лучший повар)

итал. La fame è il miglior cuoco che ci sia (Голод – лучший повар)

англ. Hunger finds no fault with the cook (Голод не видит недостатков у повара)

нем. Hunger ist der beste Koch (Голод – лучший повар)

Иногда фразеологические единицы передают схожие жизненные ситуации и имеют общий назидательный смысл, но в разных языках получают свое образное и ритмическое оформление, что и создает предпосылки для их перехода из языка в язык, группируясь вокруг общего концепта: трудолюбие, лень, любовь к Родине, семье и так далее.

В связи с этим их можно разделить на несколько групп:

1) пословицы и поговорки, относящиеся к сфере политической жизни:

русс. Где сила, там и закон

лат. Cuius est potentia, ejus est actum

польск. *Gdzie sila rzadzi tam prawo milknie*
фр. *La loi du plus fort*
исп. *Donde hay fuerza, derecho se pierde*
ит. *Dove c'è il potere, c'è la legge*
англ. *Might goes before right*
нем. *Gewahlt geht vor Recht*

- 2) пословицы и поговорки, заключающие в себе житейскую мудрость, связанную, например, со здоровьем:

русс. *Здоровье дороже богатства*
лат. *Bona valetudo melior est, quam maximae divitiae*
польск. *Dobry zdrowia jest lepsze niż najwiksze bogactwo*
фр. *La santè est le trèsor le plus prècieux et le plus facile a perdre*
исп. *Mòs vale salud que dinero*
ит. *La salute u la ricchezza piú grande*
англ. *The first wealth is health*
нем. *Gesundheit ist der grøÙte Reichtum*

- 3) пословицы и поговорки, заключающие в себе жизненный опыт, предвидение, рассудительность:

русс. *Береженого и Бог бережет*
лат. *Diffidentia tem pestira parit securitatem*
польск. *Strzeionego Pan Byg strzeie*
фр. *La prèvoyance est la mere de syretè*
исп. *Guardatè y Dios te guardarè*
англ. *Caution is the parent of safety*
нем. *Den Benutsamen behietet auch Gott*

- 4) пословицы и поговорки, заключающие в себе особые жизненные наблюдения, например, о животных, погоде, временах года и т.д.:

русс. *Время – лучший лекарь*
лат. *Dies levat luctum*
польск. *Czas leczy wszystkie rany*
фр. *Le temps est le mèdecin de l'vme*
ит. *Il tempo u un gran medico*
англ. *Time is the best healer*
нем. *Die Zeit ist der beste Arzt*
русс. *Решение приходит ночью*
лат. *In nocte consilium*

польск. *W nocy rada*
фр. *La nuit porte conseil*
исп. *La noche es buena consejera*
ит. *La notte porta consiglio*
нем. *Gute Rat kommt über Nacht*

- 5) весьма характерны пословицы и поговорки о труде и трудовом воспитании:

русс. *Труд все побеждает*
лат. *Labor omnia vincit imprimis*
польск. *Ātudna praca wszystko zwyciĀka*
фр. *Un travail opiniĀtre vient a bout de tout*
исп. *El trabajo tenaz todo lo vence*
ит. *Il lavoro vince tutto*
англ. *Labour overcomes all obstacles*
нем. *FleiЯ bricht Eis*

Благодаря своей лаконичности, краткости, а также образности и наглядности пословицы и поговорки используются на всех этапах изучения иностранного языка и, прежде всего, для иллюстрации мысли и обобщения ее в краткой форме. Это способствует лучшему овладению студентами иностранным языком, расширяет их лексический запас и лингвистические знания.

Пословицы и поговорки могут использоваться в процессе отработки произношения звуков (Например, *Ein unntz Leben ist ein frĀher Tod*), грамматических форм и конструкций; например, повелительное наклонение (*FluЯe dem Kranken die Hoffnung auf das Gute ein Sitz nach dem Mittag ein Weilchen, geh nach dem Abendessen ein Meilchen*), степеней сравнения имен прилагательных (*Gesundheit des Volkes ist das hĀchste Gesetz, Medizin ist ntzlicher, als aller anderen Wissenschaften*), модальных глаголов (*Nach dem Essen sollst du stehen oder tausend Schritte gehen*), придаточных предложений (*Der Mensch ist, was er isst; Man soll das Essen beenden, wenn es am besten schmeckt*) и т.д.

Пословицы поговорки успешно используются при изучении таких тем, как: «Защита окружающей среды», «Моя Беларусь», «Моя маленькая Родина», «Здоровый образ жизни», «Профилактика болезней» и т.д. Для этого предлагается целый ряд заданий, в том числе проблемного характера:

- 1) составить в процессе парной работы микродиалог с использованием той или другой пословицы: *Viel Essen, viel Krankheit*.

- 2) написать сочинение (рассказ) на тему какого-либо фразеологизма: *Die besten Drzte der Welt sind Dr. Didi, Dr. Ruhe und Dr. Frhlich.*
- 3) описать картинку, употребив соответствующий фразеологизм;
- 4) употребить фразеологические единицы в качестве заголовка текста;
- 5) объяснить происхождение того или иного фразеологизма, т.е. его этимологию.

Изучая фразеологию иностранного языка, студенты могут лучше понять историю, культуру, быт данного народа, а также сделать свою речь более точной и экспрессивной.

Таким образом, необходимость формирования у студентов фразеологической компетенции обусловлена целым рядом факторов лингвистического и дидактического характера. Знание иностранного языка невозможно без овладения его фразеологическим фондом. Незнание идиоматики не позволяет адекватно понимать иностранную речь и уметь выразительно высказать свои собственные мысли.

Знание фразеологии и употребление ее в речи является показателем коммуникативной компетенции говорящего на иностранном языке и его высокой социокультурной компетенции.

М. Ю. Ширяева, старший преподаватель

УО Белорусский государственный медицинский университет

ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕКСИЧЕСКИХ НАВЫКОВ КАК ЯЗЫКОВОЙ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ

The article deals with items of formation of foreign language speech-lexical competence and methods of the process of teaching English in Belarusian State Medical University. Medical terminology is a specific terminology which is used to achieve the purpose of communication in the health care field efficiently. This paper offers a brief overview of strategies used in the teaching of vocabulary.

Key words: medical English, methods of foreign language teaching, lexical exercises.

Ключевые слова: медицинский английский, лексические упражнения, методика преподавания иностранного языка.

Интеграция Республики Беларусь в мировое сообщество, стремительные темпы развития современной медицинской науки и инновационных технологий, а так же увеличение объемов информации требует постоянного обновления знаний, повышения качества профессиональной компетенции специалистов медиков, поиска нетривиальных путей решения проблем.

Свободное владение иностранным языком и нормами иноязычного профессионального общения позволяет непрерывно повышать профессиональный уровень и/или получать дополнительные знаний, умения и навыки, расширять профессиональные контакты между специалистами различных стран, позволяет быстро реагировать на изменения, происходящие в окружающем мире. Кроме этого язык — это возможность личного саморазвития и самосовершенствования.

Обучение медицинской терминологии, грамотному употреблению соответствующих лексических единиц в зависимости от конкретного речевого контента, а так же расширение лингвистических знаний и обогащение речи студента является одной из главнейших задач процесса обучения иностранному языку.

При обучении лексике выделяют следующие этапы работы с лексическим материалом: 1) презентация вводимой лексики; 2) методические действия, обеспечивающие усвоение учащимися новой лексики; 3) организация повторения усвоенной учащимися лексики и контроль качества усвоения [3].

На этапе введения новой лексики по теме целесообразно начинать занятия с визуализации данного материала, т.е. системной презентации новых слов и выражений в виде рисунков и фотографий. Этот прием помогает сформировать правильное представление о значении незнакомых лексических единиц. Очень эффективно метод визуализации используется в группах, где стандартные упражнения на перевод с иностранного языка на родной неприемлемы, т.е. при работе со студентами факультета иностранных учащихся. Однако красочная наглядность вызывает так же особый интерес и у белорусских студентов. Используя современные ресурсы интернета, изображения могут быть в 3D формате и желательны описаны носителями языка, что в значительной мере повышает уровень образовательного процесса, дает возможности усвоить аутентичное произношение слов и интонацию.

На следующем занятии для закрепления изученных слов и словосочетаний студентам предлагается подписать распечатанные изображения (часто в виде схем) органов или структур (при дифференцированном подходе: одни студенты подписывают самостоятельно, другим можно предложить слова на выбор (multiple choice)). На начальном этапе усвоения лексических единиц эффективными будут упражнения — match, т.е. соотнести английский термин с его эквивалентом на родном языке. На втором курсе, усложняя задания по усвоению лексических единиц профессионально-ориентированной устной речи, целесообразно использовать межпредметные связи, т.е. опираться на ранее полученные знания по смежным дисциплинам (например, по латинскому или анатомии): соотнести латинский и английский варианты; видоизменить задание: соотнести название части тела на английском языке с Latin-derived прилагательными: liver — hepatic, kidney — renal и т.д.; соединить название кости с ее местоположением и т.д. Данные упражнения составлены таким образом, чтобы обеспечить многократное повторение профессиональной лексики, и создают условия для основательного ус-

воение изучаемого материала, т.к. каждое задание способствует автоматизации формируемых навыков.

Лексический материал обрабатывается с учетом индивидуальных особенностей обучающихся и опираясь на полученные ранее (чаще всего в школе или училище) знания по языку. Используя мультимедийные технологии, разрабатываются разноуровневые задания: соотнесение синонимов и антонимов; соединение начала и конца предложения; составление словосочетаний, предложений и вопросов, небольших монологических высказываний или диалогов (парная работа); подбор слов и их определений/ определить термин по приведенному определению; заполнение пропусков подходящими по смыслу словами (на начальном этапе — рекомендуются слова на выбор перед текстом или после текста, усложняя задачу — предлагается больше слов чем пропусков, а затем — самостоятельно подобрать подходящими по смыслу слова); толкование дефиниций. Приведенные упражнения обеспечивают переход к продуктивным видам речевой деятельности, что, в свою очередь, повышает возможность обучающихся удерживать в долгосрочной памяти большее количество слов [1].

На активизацию вокабуляра направлены упражнения по разгадыванию загадок, кроссвордов и их составление, по исправлению лексически ошибок (усложняя задания — spelling — правописание), работа непосредственно с текстом (true/false sentences с исправлением ошибки, поиск ключевых слов и деление текста на смысловые части, составление плана — конспекта, заполнение таблиц с использованием полученной из текста информации, вопросы открытого типа, выход на монологическую речь : используя информацию текста и Ваши собственные знания / опыт, объясните достоинства и недостатки Объясните, почему Вы стали или не стали бы применять / использовать / употреблять ...); просмотр видеозаписей или прослушивание аутентичных текстов по соответствующим темам с дальнейшим обсуждением и обменом информацией и т.д. В соответствии с общей психофизиологической динамикой формирования иноязычных лексических навыков соотношение различных типов упражнений варьируется по мере овладения иностранным языком [2].

На заключительном этапе (этап повторения и контроля пройденного материала) предлагается найти дополнительный материал

по пройденной теме (часто в интернете): подобрать какие либо интересные факты, составить презентацию; студенты с более высоким уровнем языковой подготовки разрабатывают самостоятельные креативные проекты, подбирают видеофрагменты и комментируют их. Результатом такого вида деятельности служит основательное изучение темы, выработка навыков внеаудиторной работы с сопутствующей информацией (поиск, осмысление, передача). На этом этапе увеличивается самообразовательный компонент процесса обучения, а языковой минимум усваивается на уровне свободной речевой коммуникации.

Эффективна организация в учебном процессе пар или небольших групп для совместной деятельности, во время которой происходит экспертиза вопроса или ситуации, обмен опытом при активном взаимодействии, совместное подведение итогов и формулирование выводов, понимание обучающимися своих пробелов в изучаемом материале и осознание своей компетентности.

Таким образом, образовательный процесс по иностранному языку в вузе — один из наиболее важных составляющих системы профессионального образования. Владение английской медицинской терминологией на достаточном уровне и повышение уровня языковой компетенции считается одним из наиболее важных этапов подготовки высококвалифицированного специалиста и является обязательным условием успешной профессиональной деятельности. Английский язык является средством личностного роста, которое открывает неограниченные возможности для участия в международных научных и научно-практических медицинских программах, конференциях для приобретения и передачи опыта, совершенствование квалификационных навыков, для сотрудничества с зарубежными коллегами, для участия в медицинских форумах и стажировках.

Литература

1. Tornbury S. How to teach vocabulary / S. Tornbury. — Oxford, 2007. — 187 p.
2. Лapidус Б. А. К вопросу о сущности процесса обучения иноязычной устной речи и типологии упражнений // ИЯШ. 2006. № 4. С. 112–122.
3. Практическая методика обучения русскому языку как иностранному / под ред. А. Н. Щукина. — М. : Рус. язык, 2003. — 304 с.

Содержание

БАШИЛОВ Р. Н., БАШИЛОВА С. М. Этические дилеммы, возникающие при общении с умирающими пациентами	5
БЕЛЯКОВА Р. А. Стратегия достижения эффективности в коммуникации врач — пациент	11
БЕРЕЗОВСКИЙ И. В., ВИНОГРАДОВА Е. В., БЕРЕЗОВСКИЙ А. И. Терапевтическое сотрудничество и психосоматические характеристики больных, нуждающихся в паллиативной помощи	15
БРЮНЕТКИН В. Ю., АПЕНЧЕНКО Ю. С., СЕДОВА А. А. Особенности взаимодействия врач — пациент в педиатрической практике	24
БУЛАНОВ В. В. Диалогическая коммуникация и функционирование медицинского дискурса	28
ВИНОГРАДОВА Е. В. Коммуникативный аспект профессиональной энкультурации в медицинском вузе	33
ГАВРИЛЕНКО Н. Г., БАБЧИНСКАЯ И. А., РОЖКОВА М. А. Специальная терминология в речи врача и пациента	38
ГАВРИЛЕНКО Н. Г., ГАВРИЛЕНКО Д. А. Проблемы торговых наименований фармацевтических препаратов и пути их решения	43
ДЕДОВ Д. В., ВИНОГРАДОВА Е. В., МАСЮКОВ С. А., МАЗАЕВ В. П., ЭЛЬГАРДТ И. А. Значение телемедицины в комплексной оценке риска и профилактики сердечно-сосудистых осложнений	49
DOBREVA A. N., DOYKOVA I. TS. Health talk in the family	55
КОЛЕСНИКОВА И. Ю., МАЗУР Е. С. О необходимости и возможностях формирования коммуниктивных навыков у студентов медицинских вузов	62
МАКАРОВ А. В., МИХЕЕВ М. И., ГРИГОРЬЕВА Д. Д. Современный врачебный этос: социально-философский анализ	67
МУРАШОВА Л. А., БУРЛАКОВ К. С. Профессия врача как лично значимая ценность	71
НЕВЗОРОВА М. С. Реализация тактики завершения разговора в научно-профессиональной дискуссии	76
ПЕТРОВА М. Н. Межкультурная компетенция как важный фактор успешной профессиональной иноязычной коммуникации	82

ПУГА М. Ю. Особенности коммуникации «прозектор – родственники умершего»	86
СОКОЛОВА А. Ю., ЖУКОВА А. Ю. Эффективная коммуникация «врач – пациент» как основа пациентоориентированности	89
ФИЛИППЧЕНКОВА С. И., МУРАШОВА А. А. Психологические предикторы снижения эффективности общения в системе «врач – пациент»	94
ЦАРИКОВА А. А. Обсуждение клинических случаев как тип англоязычного медицинского институционального дискурса	98
ШАРАНДА Г. И. Формирование фразеологической компетенции при обучении студентов иностранным языкам в условиях неязыкового вуза	104
ШИРЯЕВА М. Ю. Формирование лексических навыков как языковой основы профессионально-коммуникативной компетенции	109

Научное издание

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:
вопросы теории и практики

Материалы
5-й международной научно-практической
и образовательной конференции

14 апреля 2017 г.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета

Оригинал-макет подготовила *О. Г. Ткаченко*
Дизайн обложки *О. А. Виноградовой*

Подписано в печать 30.06.2017 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 6,74. Уч.-изд. л. 5,1. Гарнитура OctavaC.
Тираж 97 экз. Заказ 10.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета (РИЦ ТГМУ)
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Тиражирование методом ризографирования в РИЦ ТГМУ.
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4
тел. (4822)32-12-03
e-mail: rrc.tver@mail.ru

Обложка отпечатана в ООО «Тверская фабрика печати»
170006, г. Тверь, Беляковский пер., 46.

ISBN 978-5-8388-0166-1



9 785838 801661