



МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:

вопросы теории и практики

Материалы 7-й Международной
научно-практической и образовательной
конференции

11 апреля 2019 года



Тверь 2019

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики

Материалы

7-й Международной научно-практической и образовательной
конференции

11 апреля 2019 г.

Под общей редакцией Е. В. Виноградовой



Тверь

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета

2019

УДК 614.253

ББК 51.1

М 422

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

Рецензенты:

Золотова Н. О., д-р филол. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет»;

Филиппченкова С. И., д-р псих. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Тверской государственной технической университет».

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики [Электронный ресурс]: электронный аналог печатного издания: материалы 7-й Междунар. науч.-практ. и образоват. конф., 11 апреля 2019 г. / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2019. — 310 с. — Текст : электронный. — www.repo.tvergma.ru

ISBN 978-5-8388-0197-5

В издании представлены материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции по теоретическим и практическим вопросам коммуникации в сфере медицины.

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

УДК 614.253

ББК 51.1

ISBN 978-5-8388-0197-5

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2019

© Оформление. Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинской университета, 2019

ПРЕДИСЛОВИЕ

11 апреля 2019 года в Тверском государственном медицинском университете состоялась 7-я Международная научно-практическая образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики». Конференция стала уже традиционной, объединив ученых и практиков из разных регионов Российской Федерации и коллег из Республики Беларусь, Болгарии, Украины. География участников в этом году значительно расширилась; свои работы на суд научной общественности представили исследователи из Москвы, Курска, Саратова, Иркутска, Барнаула, Томска и других городов России.

Задуманная в 2012 году как мероприятие по проблемам в системе «врач — пациент», конференция далеко вышла за эти рамки. Заслушанные доклады отражали широкий спектр интересов: философские и социологические аспекты медицинского дискурса, психология медицинской коммуникации, юридические и правовые вопросы, лингвистика медицинского текста и методика подготовки квалифицированного врача с точки зрения организации продуктивного общения с пациентом.

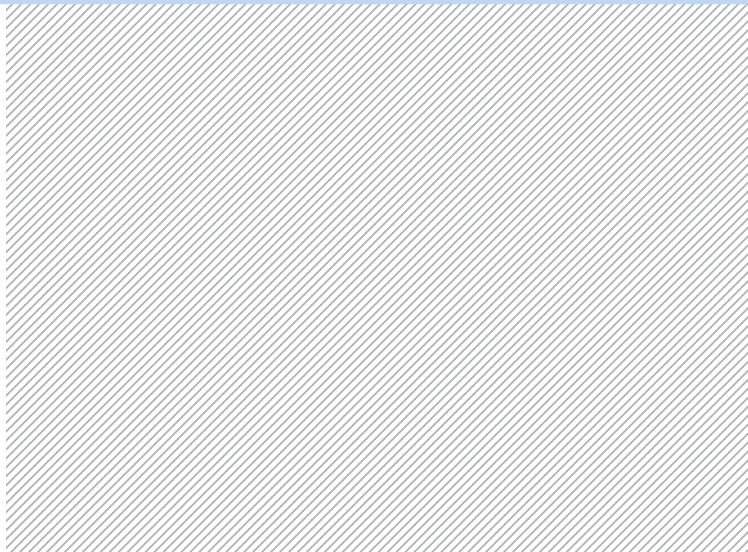
Традиционно в работе конференции приняли участие молодые ученые под руководством опытных наставников и практикующие врачи разных сфер медицины (терапевты, хирурги, неврологи, педиатры, ревматологи, онкологи, кардиологи, патологоанатомы и другие), которые понимают формирование умения медицинского работника выстраивать партнерские отношения с пациентами и их представителями как одно из приоритетных направлений в современной системе здравоохранения.

Конференция дает возможность осуществить необходимое взаимодействие образования и практической медицины, преподавателей высшей медицинской школы, аспирантов, клинических ординаторов, студентов и специалистов медицинских учреждений.

Тверской государственной медицинский университет в лице организационного комитета благодарит коллег, непосредственно принявших участие в работе конференции и предоставивших свои материалы для сборника статей. Приглашаем всех исследователей и практиков, в сферу интересов которых входят вопросы медицинского дискурса, к дальнейшему плодотворному сотрудничеству!



**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ
МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА**



Ю. С. Апенченко, канд. мед. наук, доцент

А. Ф. Виноградов, д-р мед. наук, профессор

Д. С. Власова, клинический ординатор

С. В. Орешенкова, клинический ординатор

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

The ability to communicate with the patient is one of the important skills of a doctor. The article presents the main problems of communication between a physician, a child and parents in pediatric practice. The results of the survey in which parents assessed pediatrician's ability to communicate are given.

Key words: pediatrics, communication skills, child, parent, physician.

Ключевые слова: педиатрия, коммуникативные навыки, ребенок, родитель, врач.

В настоящее время одной из актуальных проблем медицины является формирование коммуникативных навыков будущих и практикующих врачей. Длительно существовавшая патерналистская модель общения врача и пациента с развитием современных технологий и демократизации общества сменилась моделью партнерской. В России, как и во многих странах, врачам оказалось достаточно сложно проявлять внимание к личности пациента и налаживать с ним партнерские отношения [4].

Ускорение темпов жизни, мобильная связь, мессенджеры, социальные сети потенцируют развитие виртуального, а не реального общения. Неумение молодых (да и не очень молодых) людей общаться переходит в профессиональную сферу, а неумение врача общаться с пациентом приводит к возрастающему количеству жалоб. Не секрет, что большинство жалоб больных и их родственников касаются не профессиональной деятельности врача, а именно дефектов общения — грубости, невнимания, непонимания. Зачастую проблема коммуникации врача и пациента выходит на первый план, больной запоминает не что ему сказали и какие дали рекомендации,

а как сказали — насколько доброжелателен был врач. А ведь понимание необходимости лечения и доверие к врачу, которые напрямую связаны с умением общаться, влияют на выполнение рекомендаций и дальнейшее выздоровление пациента.

В российских медицинских вузах всегда особое внимание уделялось преподаванию вопросов этики и деонтологии, однако коммуникативная компетентность должна рассматриваться намного шире. Не случайно с 2018 года на первичной аккредитации специалистов введена, пускай и пилотным проектом, станция по общению с пациентом. И в 2018 же году вышло первое переводное руководство «Навыки общения с пациентами» [3].

Для многих студентов, да и практикующих врачей, будет интересно узнать, что на отношение пациента к врачу влияет не только профессионализм последнего. Например, серия закрытых вопросов воспринимается родителями как допрос и вызывает негативное отношение. А многие ли врачи знают, чем отличается закрытый вопрос от открытого? Перебивание пациента, даже с целью уточнения, снижает число выявленных проблем. Очень важным является внимательное слушание: не просто запоминание информации, а подбадривание пациента, использование пауз и невербального языка — мимики, зрительного контакта, позы, улыбки. Партнерская модель общения предполагает налаживание отношений с пациентом и вовлечение его в процесс обследования и лечения. Для этого необходима определенная эмпатия и принятие точки зрения пациента, что не обязательно означает согласие с ним.

По данным Л. Н. Васильевой, коммуникативная компетентность выпускников педиатрического факультета выше, чем у выпускников лечебного факультета. Автор связывает это с тем, что говорить с ребенком намного сложнее и педиатры умеют правильно воспринимать внешние и эмоциональные ответные проявления со стороны ребенка. Кроме того, система общения «врач — больной» из диады превращается в триаду, ибо общаться приходится не только с маленьким пациентом, но и с его родителем [2]. Добавим от себя, что зачастую взрослых с ребенком двое — мама и папа или мама и бабушка. Не всегда беспокойство родителей за ребенка позволяет им адекватно разговаривать с врачом — именно педиатр оказывается объектом агрессии и именно педиатр должен эту агрессию подавить [1].

Уровень выполнения рекомендаций зависит от того, насколько доверяет врачу как ребенок, так и родитель. Пациентом в педиатрии считается ребенок, но коммуникативные отношения чаще всего приходится выстраивать с родителем [5]. Тем не менее, нельзя грамотно провести обследование дошкольника, если не найти к нему правильный подход. Один из разделов навыков общения — это объяснение своих действий на приеме и пояснение необходимости задаваемых вопросов — без этого сложно найти согласованность действий врача, ребенка и родителей. Модель комплаенса (пациент пассивно выполняет рекомендации врача) в настоящее время сменяется моделью совместного принятия решений (взгляды пациента выходят на первый план). Понимание логики назначений и рекомендаций врача происходит при реализованной для родителей возможности задать вопросы, что крайне редко происходит в клинической практике.

С целью оценки коммуникативных навыков врачей-педиатров был проведен опрос среди родителей пациентов детских поликлиник и больниц г. Твери. Специально разработанная анкета состояла из 30 позиций и включала в себя данные о ребенке и родителях (возраст, место получения медицинской услуги: поликлиника, стационар), вопросы, касающиеся впечатления о консультации, потенциальной комфортности на приеме, навыков общения врача. В опросе приняли участие 38 родителей.

В результате исследования получены следующие данные. Большинство опрошенных родителей — это мамы в возрасте от 31 до 40 лет. Пациентов, получавших помощь в условиях поликлиники, было 20 (52,6 %), в стационаре — 18 (47,4 %). Большинство родителей (73,7 %) обычно ориентируются на отзывы в интернете, интересуются у своих знакомых компетентностью определенного специалиста. Среди посетителей поликлиники таких родителей было 65,0%, в стационаре — 83,3 %.

Большинство родителей опрошенных детей (76,3 %) были удовлетворены ответами врача на интересующие их вопросы. При этом у 44,7 % оставалось ощущение недосказанности после консультации (у 50,0% посетителей поликлиник и у 38,9 % в стационаре).

Из качеств врача, которые, прежде всего, должны быть на первом месте в общении с пациентами, половина родителей выбрали

стремление помочь пациенту (20,0 % в поликлинике и 77,8 % в стационаре, $p < 0,001$). Такая разница может быть связана с тем, что в поликлинике наблюдаются здоровые дети и пациенты с легким течением заболеваний, в стационаре — более тяжелые больные. Треть родителей на первое место поставили доброжелательность и приветливость. Умение выслушать оказалось на последнем месте — у каждой десятой мамы, причем все респонденты находились на приеме в поликлинике. Разница в данном случае наиболее вероятно обусловлена тем, что в стационаре работают более опытные врачи, которые не ограничены лимитом времени на одного пациента.

Большинство опрошенных (78,9 %) считают, что у нового поколения врачей коммуникативные навыки развиты достаточно. При этом не следует забывать, что родители в настоящее время тоже относятся к «цифровому» поколению и не испытывают дефицита очного общения. Среди причин коммуникативных проблем, по мнению опрошенных, главной является неумение врачей общаться — 42,1 %, причем, в поликлинике этот показатель в три раза выше, чем в стационаре (60,0 % против 22,2 % соответственно, $p < 0,01$). На отсутствие опыта в общении с пациентами указали 21,1 % (30,0 % и 11,1 % в поликлинике и стационаре соответственно), на недостаточность знаний специалиста — 15,8 % (20,0 % и 11,1 % соответственно).

Половина опрошенных родителей (55,3 %) считают, что основными действиями для облегчения общения в начале консультации являются знакомство и улыбка.

Причинами негативных впечатлений после приема для 26,3 % родителей стало отсутствие рекомендаций врача, для 15,8 % — грубость и резкость, для 10,5 % — критика со стороны врача.

Каждой маме было предложено представить ситуацию: «Вы на консультации получили рекомендации по лечению заболевания, но доктор был недостаточно приветлив, ни разу не улыбнулся, на ваши вопросы отвечал быстро и коротко. Как это отразится на вашем впечатлении?» Большинство опрошенных ответили, что почувствуют дискомфорт, но к этому врачу обратятся снова (42,1 %), больше не будут обращаться к этому врачу 26,3 %, не придадут этому значения, достаточно рекомендаций по лечению для 18,4 % родителей.

Таким образом, на удовлетворенность пациента процессом оказания медицинской помощи в значимой степени влияет професси-

онализм врача в области коммуникации. Умение общаться — один из основных навыков, которым должен владеть врач любой специальности, особенно врач-педиатр. Включение в программы обучения специалистов коммуникативных компетенций позволит овладеть навыками общения на должном уровне, что снимет ряд проблем в клинической практике.

Литература

1. Брюнеткин В. Ю., Апенченко Ю. С., Седова А. А. Особенности взаимодействия врач-пациент в педиатрической практике // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С. 24–27.
2. Васильева Л. Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей // Медицинская психология в России, 2013. — Т.5, № 5 (22). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/nomer/nomer04.pdf (дата обращения: 21.12.2018).
3. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. — М.: ГРАНАТ, 2018. — 304 с.
4. Сонькина А. А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение, 2015. — №1. — С.101–107.
5. Чемяков В.П., Шашелева А.В. Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба? // Вопросы современной педиатрии, 2018. — Т.17, №5. — С. 408–411.

УДК 614.254 + 614.253.8

М. И. Барсукова, канд. филол. наук, доцент

А. Я. Рамазанова, ст. преподаватель

А. С. Черемисина, студент

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ Минздрава России, Саратов,
Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ДИАДЕ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ

The article discusses the various types of barriers in communication between a doctor and a patient. The article analyzes the episodes of the doctor's speech behavior which allow us to conclude about the impossibility of a clear distinction between the types of barriers in the course of professional communication with the patient. Proficiency in communication skills can help create a conflict-free communication environment.

Key words: effectiveness of communication in the doctor — patient dyad, professional communication, communicative competence, communication barriers.

Ключевые слова: эффективность общения в диаде врач-пациент, профессиональная коммуникация, коммуникативная компетентность, барьеры общения.

Специалистов разных областей знаний — лингвистов, психологов, социологов, педагогов, врачей — интересуют вопросы эффективности профессионального общения, снижения его рискогенности и предупреждения коммуникативных барьеров. Представители медицинского сообщества, практикующие врачи различных профилей сегодня осознают важность качественного речевого взаимодействия в своей профессиональной деятельности. Сформированное в конце 90-х годов направление исследования коммуникации профессиональных сообществ с различных точек зрения в настоящее время приобретает более четкие и определенные рамки.

Предметом изучения в данной статье являются различные типы коммуникативных барьеров, влияющих на результативность оказываемой медицинской помощи. Материалом послужили рукописные расшифрованные записи речи врачей разных специальностей во время приема пациентов в лечебных учреждениях Саратова.

Проблемы, связанные с барьерами в общении врача и пациента, являются одними из главных в работе врача любой специальности. Коммуникативные просчеты во многом влияют на общий ход лечения [5]. С одной стороны, они могут привести к ухудшению состояния пациента из-за неверного понимания назначенного лечения, особенностей его проведения, значимости предписаний, осознания диагноза и возможных прогнозов. С другой стороны, негативно влияют на врача: усложнение процесса общения с пациентом приводит к тому, что врач вынужден тратить больше времени и сил на установление доверительных отношений и создания атмосферы сотрудничества. Безусловно, важна конструктивная беседа, во многом зависящая от коммуникативной компетентности врача [2, с. 33], от его способности предупредить возникновение коммуникативных барьеров или минимизировать их негативные последствия в процессе общения [3].

Под коммуникативными барьерами принято понимать любые препятствия на пути к эффективной коммуникации, вызванные различными факторами. Следует отметить, что многообразие классификаций вызвано не только сложностью процесса коммуникации, различными подходами к причинам неэффективного общения, но и различными подходами в определении причин тех или иных сбоев в процессе межличностного общения, а также определенной специализацией исследователей. Так, к вопросам коммуникативных барьеров обращаются психологи, лингвисты, социологи, педагоги, рассматривая с разных точек зрения данную проблему. Например, к основным барьерам в процессе общения врача относят информационные, мотивационные, ролевые, эмоциональные, личностные, барьеры стереотипов и ошибок, установок, «обратной связи». Кроме того, выделяют фонетический, семантический, логический, социально-культурный и стилистический коммуникативные барьеры (при этом под фонетическим барьером понимают качество материальной передачи текста: врач или пациент говорят быстро и невыразительно, имеют дефекты речи и дикции).

Е. В. Орлова из многообразия барьеров выделяет языковые барьеры, связанные с несформированностью лингвистической и коммуникативной компетенций, овладение которыми поможет избежать орфоэпических, логопедических, лексико-семантических,

грамматических, стилистических, орфографических и пунктуационных просчетов, приводящих к неэффективности профессионального общения [6, с. 42].

Исследованный материал позволяет проиллюстрировать и проанализировать типичные ситуации коммуникативных барьеров. Так, семантический барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения. Снятие такого барьера — актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки преодоления семантического барьера. С другой стороны, барьер может выстраиваться самим медработником, и таких примеров в наших материалах, к сожалению, немало, что приводит к мысли рассмотреть в отдельной статье проблемы употребления в речи медицинского персонала жаргонизмов.

Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи и ситуации общения, когда не учитываются психологические особенности людей и их психологическое состояние. Напряженное состояние пациента, вызванное плохим самочувствием, не должно стать причиной каких-либо проявлений со стороны врача. В любой ситуации сдержанность и спокойствие, а в некоторых случаях и терпимость помогут врачу удержать стилистическое равновесие и не допустить проявления конфликтного настроения [1]. Рассмотрим часть диалога, записанного в кабинете заведующего отделением врача-онколога:

П.: Плохо мне/ Это же невозможно так долго лечиться и не выдвигать! Неизвестно чего дальше ждать//

Вр.: Будьте терпеливы// Вас/ повторяю/ лечат//

П.: А мне все хуже!//

Вр.: А вы что ж // на чудо надеетесь?! // (раздраженно и тут же, стараясь смягчить свой вопрос, поспешно добавляет): Успокойтесь Ольга// Ступайте к своему врачу // она поможет/ сделает всё/ что в ее силах//.

В данном диалоге прослеживается сочетание стилистического барьера и барьера логического непонимания, который характеризуется недостаточностью адекватного восприятия пациентом действий

и поступков врача. Поведение врача и, следовательно, ход лечения, его результат кажутся пациенту неверными или неубедительными.

Как показывает проанализированный материал, четкое разграничение типов барьеров не всегда возможно, потому что процесс коммуникации сложен и разнопланов, требует от коммуникантов знания психологии, этики и деонтологии и, кроме того, знания законов бесконфликтного общения. Рассмотрим еще один эпизод диалога, в котором прослеживается смешение типов коммуникативных барьеров — мотивационного, когда партнеры по общению не осознают и не учитывают различия в том, что побуждает их к общению и какие цели они преследуют, и эмоционального, при котором игнорируется или неправильно понимается эмоциональное состояние собеседника:

П.: *Высыпания появились давно/ но теперь они еще и зудят//*

Вр.: *Как давно появились высыпания?//*

П.: *Примерно около месяца назад//*

Вр.: *Мне нужно созвать консилиум// Вы только посмотрите на эти кошмарные высыпания//*

П.: *Я/ не манекен для обзрения//.*

Как видно из примера, речевое поведение врача нарушает и этический аспект профессионального общения (экспрессивно-оценочное определение высыпаний *кошмарные* только ухудшает конфликтную ситуацию).

Причиной возникновения социально-культурных барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должен быть готов к возникновению этого барьера и научиться толерантности вопреки своим предрассудкам. К сожалению, врачи бывают настолько убеждены в правильности своих требований, что не готовы понять и услышать пациента или его представителя, а это неизбежно приводит к конфликту, разрешать который, возможно, придется с участием третьей стороны. В наших материалах есть записи диалога врача с представителем ребенка, в котором инициатором конфликта выступает врач:

Врач-гинеколог обращается к отцу, который пришел на прием с трехлетней дочкой: *Мне нужно будет осмотреть вашу дочку и / взять мазок//*

Отец: Ну хорошо//
Вр.: Где мама?
Отец: На работе//
Вр.: Пусть приходит с мамой//
Отец: Зачем?
Вр.: Я не могу провести осмотр// Вы / мужчина// Записывай-
тесь// И пусть ребенка приведет мама//
Отец: У мамы нет возможности эти заниматься// Свободное
время есть только у меня//
Вр.: Бабушки?
Отец: Бабушек нет//
Вр.: Тогда пусть с соседкой приходит// Я так не могу.

Как видно из диалога, врач создает конфликтную ситуацию, не стремясь найти коммуникативные способы решения проблемы, отказывает в осмотре пациенту только потому, что представитель ребенка — мужчина, а не женщина.

Как показывает исследованный материал, в речевом поведении практически не встречаются в чистом виде те или иные барьеры: нарушение законов коммуникации приводит к сочетанию двух или даже нескольких барьеров в одном эпизоде общения.

Таким образом, общение врача и пациента обязательно должно сводиться к стремлению поиска общего смысла и взаимопонимания, к построению конструктивной беседы с диагностической и лечебно-реабилитационной целью, а также формированию единого мнения по поводу лечения. Задача врача как коммуникативного лидера профессионально [4], а не интуитивно-эмпирически овладеть коммуникативными навыками, способными помочь в создании комфортной, бесконфликтной среды общения и обеспечить обстановку доверия и уважения к любому пациенту.

Литература

1. Барсукова М. И. Коммуникативная компетенция как фактор предупреждения рисков в общении с пациентом // Проблемы речевой коммуникации: межвуз. сб. науч. тр./ под ред. М. А. Кормилицыной, О. Б. Сиротининой. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2014. — С. 124-133.
2. Виноградова Е. В. Коммуникативный аспект профессиональной энкультурации в медицинском вузе // Медицинский дискурс:

- вопросы теории и практики: материалы 5-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С. 33-37.
3. Клоктунова Н. А. Основные коммуникативные характеристики современного медико-педагогического дискурса / Н. А. Клоктунова, М. И. Барсукова, Е. А. Ремпель, Х. М. Мальцагов, А. М. Кузьмин // Высшее образование сегодня, 2018. — № 6. — С. 29-32.
 4. Клоктунова Н. А. Формирование коммуникативных навыков врача в процессе обучения в медицинском вузе / Н. А. Клоктунова, М. И. Барсукова, Е. А. Ремпель, И. В. Шешнева, А. Я. Рамазанова / Гуманитарные науки и образование, 2018. — № 3. — С. 50-56.
 5. Кочеткова Т. В. Коммуникативная компетентность как необходимое условие успешной профессиональной деятельности врача / Т. В. Кочеткова, А. Я. Рамазанова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 35-39.
 6. Орлова Е. В. Языковые барьеры при общении врача и пациента // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 41-46.

В. В. Буланов, д-р философских наук, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

КЛЯТВА ГИППОКРАТА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

The author of the article reflects on recovery of health a problem field of medical discourse. According to his opinion, solving this problem by both doctor and patient depends of their attention of value-means and value-aims. The author comes to the conclusion, according to the oath of Hippocrates, recovering of health must be only value-aim of doctors. The author proves this part of the oath of Hippocrates should be included into the oath of the Russian doctor.

Key words: doctor, oath of Hippocrates, medical discourse, patient, value-means, value-aim.

Ключевые слова: врач, клятва Гиппократа, медицинский дискурс, пациент, ценность-средство, ценность-цель.

Проблемное поле медицинского дискурса имеет ярко выраженную аксиологическую специфику. Она заключается в том, что для субъектов, вовлеченных в данный дискурс, первостепенной значимостью обладают такие ценности, как здоровье, жизнь и качество жизни. Вследствие этого, для них наиболее важно решение проблем сохранения и восстановления здоровья, сбережения жизни и повышения её качества. Разделяю точку зрения, что под ценностью следует понимать эталон должного поведения, признанный таковым как человеком, ориентирующимся на эту ценность, так и другими людьми, причастными к его культуре [1, с. 328].

Субъектов, вовлеченных в проблемное поле медицинского дискурса, можно разделить на четыре группы. Критерием этого разделения является степень причастности к решению проблем, являющихся основными для данных субъектов. В соответствии с этим можно выделить такие их группы — врачи, медицинский персонал, пациенты, лица, испытывающие сильную эмпатию к пациентам (члены семьи, друзья, коллеги по работе и т.п.). Конечно, к числу основных субъектов медицинского дискурса следует причислить врачей и их

пациентов, так как лишь они наиболее заинтересованы в решении проблем, присущих проблемному полю медицинского дискурса.

Ценности, базовые для проблемного поля медицинского дискурса, могут осмысливаться его субъектами, например, врачами и пациентами, и как ценности-средства, и как ценности-цели. Причем противопоставление этих видов ценностей имеет смысл лишь относительно способности полагания и достижения целей субъектом [1, с. 341]. Это можно понять на примере отношения врача и пациента к таким ценностям, как восстановление здоровья и повышение качества жизни. В узком смысле понятие «качество жизни» включает, в первую очередь, показатели, связанные со здоровьем человека [2, с. 15].

Для пациента, страдающего от того или иного заболевания и потому обратившегося за врачебной помощью, восстановление его здоровья — это всегда ценность-средство по отношению к повышению качества жизни, представляющему как ценность-цель. Так как физическое здоровье человека — неотъемлемый компонент высокого уровня его качества жизни, то излечение заболевания повышает этот уровень.

Однако для врача восстановление здоровья пациента может быть и ценностью-целью (если этот врач верен клятве Гиппократата) и ценностью-средством (если для него врачевание — это только источник дохода). Профессиональная идентичность врача предполагает, что повышение уровня качества жизни пациента должно быть для врача приоритетно по сравнению с ценностью повышения уровня качества собственной жизни. Такое понимание профессиональной идентичности связано с тем, что человек как член общества, независимо от места работы обязан следовать в своём социально значимом поведении тем или иным ценностям, обязательным для профессионала в избранной им сфере деятельности (в частности, для врача — это добросовестное оказание медицинской помощи).

Таким образом, клятва Гиппократата (а точнее, её часть, запрещающая приступать к врачеванию с личными намерениями [5, с. 57], в том числе, руководствоваться корыстными интересами) является для врача нормой, выступающей этическим ограничением. Однако клятва Гиппократата тем самым является и критерием деления экзистенции врача на подлинную форму и неподлинную форму. Давая эту

клятву, каждый молодой врач многие века совершал экзистенциальный выбор. Согласно этому выбору, если понимать его в духе Жана-Поля Сартра, настоящий врач постоянно честно созидает самого себя серией своих поступков [3, с. 439-440], подтверждая тем самым свою профессиональную идентичность, а лже-врач изменяет самому себе. В частности, врач, ведя подлинное существование, рассматривает восстановление здоровья пациента как ценность-цель, он верен своей клятве Гиппократата, а врач, существующий неподлинно, считает восстановление здоровья пациента ценностью-средством, он нарушает данную клятву Гиппократата. Мало того, если врач не следует клятве Гиппократата вследствие своей корысти, рассматривая восстановление здоровья как ценность-средство, он рано или поздно вступает в ценностный конфликт со своим пациентом, для которого восстановление здоровья — ценность-цель, а не ценность-средство.

Это размышление о роли клятвы Гиппократата в отношении врача к ценностям и к собственному экзистенциальному выбору актуально в связи с дискуссиями об обязательности следования врачом данной клятве. В клятве российского врача (редакции 2017 года) антикорыстная составляющая, по сравнению с клятвой Гиппократата, значительно размыта. В ней содержится долженствование лишь оказывать пациенту медицинскую помощь вне зависимости от его имущественного положения [6], а по клятве Гиппократата, врач, приступая к лечению пациента, должен быть Здалек от всего намеренного [5, с. 57], в том числе, от корысти. В связи с этим, как видится, замена клятвы Гиппократата клятвой российского врача не содействует предотвращению ценностных конфликтов между врачами и их пациентами. Представляется, что было бы оправданным включить составляющую клятвы Гиппократата, запрещающую приступать к врачеванию с каким-либо личным намерением, в клятву российского врача.

Нельзя не согласиться с тем, что в современной России статус врача противоречив вследствие несоответствия между уровнем квалификации и тяготами труда и величиной материального вознаграждения [4, с. 85]. Данное несоответствие препятствует следованию клятве Гиппократата. Дополнение клятвы российского врача антикорыстной составляющей клятвы Гиппократата должно сопровождаться снятием этого противоречия.

Литература

1. Губман Б.Л. Введение в философию культуры // Губман Б.Л. Современная философия культуры. — М.: РОССПЭН, 2005. — С. 291–523.
2. Евстифеева Е.А. Междисциплинарный дискурс о качестве жизни / / Социогуманитарные технологии качества жизни: монография / под ред. Е.А. Евстифеевой, Л.А. Мурашовой. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С. 13–17.
3. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм — это гуманизм // Сартр Ж.-П. Тошнота: Избранные произведения. — М.: Республика, 1994. — С. 435–469.
4. Филиппченкова С.И. Методологические основания исследования практик врачевания: монография. — Тверь: ТвГТУ, 2012. — 168 с.
5. Этико-правовые основы медицинской деятельности: справочник / сост. Р.Н. Башилов, под ред. Е.А. Евстифеевой. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — 191 с.
6. Клятва российского врача [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http:// https://studfiles.net/preview/2248328/page:2/#5](http://https://studfiles.net/preview/2248328/page:2/#5) (дата обращения: 16.01.2019).

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

И. Ю. Колесникова, д-р мед. наук, проректор по учебной
и воспитательной работе

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ОТРАЖЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕНТАЛИТЕТА В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

The article considers the reflection of people's attitudes towards illness and health in the proverbs. The national specificity of this phenomenon is noted. This must be taken into account in preventive medical activities.

Key words: medical discourse, proverbs, national specificity towards illness and health, preventive medical activities.

Ключевые слова: медицинский дискурс, поговорки, этноспецифика отношения к болезни и здоровью, профилактическая медицина.

Медицинский дискурс представляет собой одно из интереснейших социальных явлений, в которое на каком-то этапе своей жизни оказываются вовлечены все без исключения индивиды. В своей современной трактовке медицинский дискурс, как и другие виды дискурсов, перестал рассматриваться только как «текст в событийном аспекте» или «речь, погруженная в жизнь» [6, с. 137]. Данный термин стал использоваться для характеристики совокупной системы коммуникативной рациональности в различных сферах жизни, включающей этические, психологические и организационно-социальные аспекты.

Анализ дискурса любой отдельной бытийной или институциональной сферы очень важен с точки зрения выявления характеристик, определяющих закономерности разворачивания дискурса и успех его реализации. Он может дать информацию, необходимую для оптимизации межличностных отношений, институциональных процессов и так далее.

Осознание важности изучения отдельных дискурсивных практик находит отражение во все возрастающем интересе к исследованию их специфики. Не составляет исключение и сфера медицинского дискурса. Это тем более понятно, что она затрагивает феномен

здоровья человека как одну из онтологических сущностей. При всей многоплановости и многоаспектности дискурса медицины, рассматриваемого с научных и прагматических позиций, в нем можно выделить дополнительные ракурсы, заслуживающие внимания. Они могут помочь в объяснении поведенческих особенностей пациентов, их отношения к собственному здоровью, восприятия болезни, а также оценки системы здравоохранения в целом. В качестве одного из таких моментов можно назвать образцы отражения в языковой картине мира носителей русского языка феномена, обозначаемого словом «здоровье».

Считается, что наиболее достоверно отношение к сопровождающим жизнь реалиям передается в пословично-поговорочных изречениях, сложившихся в народе на основе многовекового бытийного опыта и наблюдений. С этим можно согласиться только отчасти. Многие пословицы и поговорки лишь фиксируют явления действительности, в концентрированной форме формулируя их суть, и носят характер афоризмов. В большинстве своем пословицы и поговорки несут в себе элемент нравовучения или назидания. Анализируя смысловую и формальную организацию поговорок, можно отметить, что большинство из них имеют стилистическое и структурное сходство с современными слоганами, которые звучат, как призыв, однако не оказывают никакого воздействия на поведенческие стереотипы и не воспринимаются как побуждение к действию. Если говорить о пословицах и поговорках, касающихся темы здоровья, то их формулировки чаще всего указывают на пагубность или наличие связанного с состоянием здоровья проявления. Поэтому использование пословично-поговорочных изречений органично при констатации какого-либо факта или обстоятельства. Например: «Здоровье растеряешь — ничем не наверстаешь»; «Здоровье выходит пудами, а входит золотниками»; «Болен — лечись, а здоров — берегись»; «Здоровья за деньги не купишь»; «Здоров — скачет, забворал — плачет»; «Здоров будешь — все добудешь»; «Болезнь да горе изведут скоро»; «Болезнь нас не спрашивает».

Чтобы точнее понять и проиллюстрировать отношение к здоровью и болезни, закрепившееся в национальном сознании, необходимо обратиться к концептам «здоровье» / «нездоровье». Не останавливаясь подробно на нюансах психолингвистического и фило-

софского становления и структуре термина «концепт», отметим признаки, существенные для его понимания. В основу различных близких по сути трактовок термина отечественными учеными-когнитологами легли рассуждения российского филолога С. А. Аскольдова [2], продолженные академиком Д. С. Лихачевым в работе «Концептосферы русского языка» [5]. Согласно С. А. Аскольдову, концепт — это мысленное образование, замещающее неопределенное множество предметов одного и того же рода в процессе мыслительной деятельности. Концепт не всегда выступает как заместитель реальных предметов, а может выступать заместителем мысли [2]. То есть, концепт представляет собой содержательную единицу «ментальных и психических ресурсов сознания..., которая отражает знание и опыт человека» [4, с. 90]. Являясь сложным образованием, он репрезентирует действительность в нашем сознании и несет важную культурную национально специфичную информацию.

Представления, сконцентрированные в концепте и находящие отражение в языковом материале, отличаются от научной картины мира и могут быть обозначены как наивная картина. Если научная картина для всех языков едина, то наивная специфична для каждого отдельного народа. Это обстоятельство представляет интерес для изучения с целью прикладного использования своеобразия отражения в национальном языковом сознании отдельных явлений, связанных со здоровьем. В данном случае, в медицинском дискурсе для понимания врачами и представителями здравоохранения моментов, влияющих на поведение пациента и их восприятие отдельных признаков, прямо или косвенно характеризующих состояние здоровья и отношение к ним сограждан.

Для выяснения позиции носителей русского языка (и представителей родственных языковых групп) по вопросу здоровья в русской языковой национальной культуре обратимся к толковому словарю русского языка Даля. Здесь сосредоточено множество слов, словосочетаний и крылатых выражений, проливающих свет на рассматриваемую проблему. Они свидетельствуют о том, что в этнокультуре русского человека здоровье — одна из основных универсальных ценностей, отождествляемых с благополучием, порядком, надежностью.оборот «по здорову» или «по добру-поздорову» означает «сохранно, в целости». Особая ценность здоровья в жизни

человека подчеркивается в пословице «Деньги — медь, одежда — тлен, а здоровье всего дороже». «Здорово» у русского человека означает превосходную степень, что видно из словосочетаний «здорово пьет, здорово богат, здорово болен» [3].

Пожелание здоровья в русском языке, в отличие от других языков, присутствует в обиходных этикетных формулах приветствия: «здравствуйте», то есть «живите, будьте живы, сохранны»; «ешьте на здоровье» — при приеме пищи; при ответе на благодарность: «спасибо» — «на здоровье». Пожеланием здоровья сопровождается и ритуал распития спиртных напитков.

Чем же предопределено здоровье в языковом сознании русского человека? Согласно поговорке «Бог дал живот, Бог даст и здоровье», оно предрешено наивысшими силами, так же как и его рождение [3, с. 249]. Из чего следует, что надо покорно повиноваться первородному началу, не вмешиваться в него. Все идет так, как предписано природой. Присутствие недуга — естественное жизненное явление: «Кашляй век — греха в этом нет»; «Увечье — не бесчестье», «Здоровому и нездоровое здорово» [3, с. 249]. Болезнь не предотвратить, ее надо воспринимать так же, как и погодное явление: «Здоровье да погоды накануне не сказываются». Очевидно, что подобные зафиксированные в народном фольклоре воззрения сформировали у русского человека пассивную стратегию поведения по отношению к своему здоровью и к здоровью близких им людей. Подобная стратегия проявляется и по сей день.

Как видно из приведенных примеров, русская национальная культура не культивирует боль, она скупа на сочувствие, склонна приписать больному симуляцию: «На всякий чих не наздравствуешься»; «Болен — через силу хворает»; «Сам больной, аппетит тройной»; «Не отсохнет голова, вырастет и борода», «Здоровьем болен», «Болит бок девятый год, не знаю, которо место». Глагол «недужиться» имеет значение «притворяться хворым» [3]. Опасение обращения за помощью по поводу недуга скрывается в поговорке «Здоровому лечиться — наперед хромать научиться». Неверие в пользу лечения и лекарственных средств прочитывается в таких поговорках, как «Не дал Бог здоровья — не даст и лекарь»; «Аптека — не на два века». Боязнь потерять из-за болезни любовь близких кроется в изречении «Больная жена мужу не мила». Зафиксированные в

приведенных высказываниях стереотипы восприятия заболеваний останавливают и сегодня многих людей от обращения к врачу. С одной стороны, из-за недооценки собственного состояния здоровья. С другой стороны, из-за опасения быть неправильно истолкованными, подозреваемыми в симуляции, осуждаемыми окружающими людьми. Прав был Н. М. Амосов, когда писал: «В большинстве болезней виновата не природа, ... а только сам человек. Чаще он болеет от лени и жадности, а иногда и от неразумности» [1, с. 53].

Следующим заслуживающим внимание в рамках рассматриваемого вопроса признаком, связанным в языковом сознании славян со здоровьем, является телесность его проявления. Здоровый, значит «дородный, полный» (по Далю «оздороветь» — «поплотнеть, пополнеть», «заздороветь — «полнеть, толстеть, крепчать»). Определение «толстый, дородный» имеет положительную окраску: «Не родством взял, так дородством» [3, с. 167]. Здоровый человек «пышет здоровьем», то есть его краснощекое лицо излучает тепло. Он, согласно славянской культуре, обладает отменным аппетитом, ест вдоволь: «Сытень — русский стол, голодень — французский».

Напротив, худоба человека ассоциируется с немощью, нездоровьем, некрасивостью. Худой означает «слабый, дурной, бедный». Если полный человек выглядит, «как наливное яблочко», то худой, как «живые мощи». Если здоровый плотный человек «свеж, как огурчик», то худощавый выглядит «тощим, как спичка». Телесные проявления понимания «здоровья — нездоровья» выстраиваются в параллель «живое — неживое».

Следует признать, что стереотипы относительно здоровья, сложившиеся в национальном сознании на протяжении многовекового опыта, постепенно трансформируются под влиянием социокультурных факторов. Концепт «здоровье» не остается неизменным. Представляя структуру сознания, в которой фиксируются изменяющиеся ценности этноса и социума, он подвергается медленному преобразованию. Однако требуется время, чтобы человек в полной мере пересмотрел отношение к собственному здоровью и осознал свою ответственность за его сохранность. Отмечаемый в социуме поворот к здоровому образу жизни носит пока характер дани модным течениям. Чтобы отмечаемые тенденции стали неотъемлемой частью жизни носителей русского языка, необходимо время и кро-

потливая профилактическая работа со стороны медицинской общест-венности. Она должна строиться с учетом этноспецифики отноше-ния к здоровью. Тогда наступит поворот в сознании, и пословица «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится» не будет актуаль-на ни для одной из сфер медицинского дискурса.

Литература

1. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. — М.: Физическая культура и спорт, 1987. — 64 с.
2. Аскольдов С. А. Концепт и слово // Русская словесность. Антология. — М.: Academia, 1997. — С. 267–269.
3. Даль В. И. Пословицы и поговорки русского народа. — М.: Эксмо, 2005. — 616 с.
4. Кубрякова Е. С., Демьянков В. З., Панкрац Ю. Г., Лузина Л. Г. Краткий словарь когнитивных терминов. — М.: МГУ, 1997. — 245 с.
5. Лихачев Д. С. Концептосфера русского языка // Русская словесность: от теории словесности к структуре текста: антол. / Ин-т народов России [и др.]; под общ. ред. В. П. Нерознака. — М., 1997. — С. 280–287.
6. Языкознание. Большой энциклопедический словарь. — М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. — 685 с.

Е. В. Волкова, зав. центром, аспирант

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский
политехнический университет», Томск, Российская Федерация

ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЯ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

Internet communication of the medical community is analyzed from the point of view of the universal model of communication. To form a positive professional image, physicians should have professional and communicative competence, focus on the target audience, take into account the peculiarities of Internet communication when creating media texts. It turns out that professional communication on the Internet is due to the general principles of communication in the network: due to the mass, interactivity and spontaneity of Internet communication, the status of the subject and the object of the image changes, the image media text is transformed.

Key words: Internet communication, professional image, medical community, mass media, media text.

Ключевые слова: интернет-коммуникация, профессиональный имидж, медицинское сообщество, средства массовой коммуникации, медиатекст.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ № 17-29-09132.

Социально-экономические условия современной российской действительности определили пристальное внимание к имиджу профессионального сообщества, в том числе, медицинского. Вследствие повсеместного использования интернет-ресурсов в целях профессиональной коммуникации категория имиджа исследуется не просто как образ, основанный на эмоциональном восприятии, а как полноценный коммуникативный продукт [6]. Влияние положительного имиджа на эффективность общения в профессиях субъект-субъектного типа, к которым относится медицина, не вызывает сомнений. Междисциплинарные науки обращаются к анализу медицинского дискурса в глобальной сети [4], однако имиджевая интернет-коммуникация (ИК) медицинского сообщества остаётся малоизученной и нуждается в комплексном и системном исследовании.

Методика анализа профессионального имиджа как «целостного процесса взаимодействия (передачи сообщений) между субъектом и объектом информационного воздействия посредством определенных каналов с целью достижения требуемого результата» [5, с. 9] опирается на универсальную модель коммуникации и включает в себя такие компоненты, как субъект коммуникации (профессиональное сообщество), объект коммуникации (целевая аудитория), сообщение (имиджевый текст), канал коммуникации, коммуникационный эффект (цель и результаты коммуникации). Цель данного исследования — проанализировать каждый из компонентов коммуникации медицинского сообщества в аспекте формирования профессионального имиджа в Интернете. Объект исследования — профессиональная коммуникация медицинского сообщества. Предмет исследования — компоненты имиджевой ИК медицинского сообщества.

В качестве канала имиджевой коммуникации рассматриваются новые средства массовой коммуникации (СМК), функционирующие в глобальной сети: интернет-версии печатных изданий, радио- и телеканалов; сетевые СМИ, созданные и осуществляющие свою деятельность исключительно в Интернете; новые формы сетевого взаимодействия, такие как сайт, форум, чат, социальные сети. Использование интернет-технологий повышает престиж организации, позволяет оперативно и целенаправленно доносить имиджевую информацию в неограниченном объеме, осуществлять коммуникацию с массовой аудиторией на любом расстоянии в любое время суток. Преимущество СМК в Интернете перед традиционными СМИ обусловлено тенденцией к медиаконвергенции — процессу слияния традиционных и новых форм массовой коммуникации. Многоканальность и мультимедийность современной коммуникации повышают её эффективность.

Медицинским сообществом активно используются новые способы формирования имиджа в сети Интернет: официальный сайт позволяет осуществлять взаимодействие с «массовым пациентом» на всех этапах медицинской коммуникации, информировать о профессиональных и технологических возможностях медицинского учреждения; соцсети персонализируют имидж организации с целью создания доверительных отношений с целевой аудиторией; общение врачей и пациентов на специализированных площадках и форумах

способствует формированию положительного имиджа через демонстрацию профессиональной и коммуникативной компетенций.

Субъект имиджевой коммуникации медицинского сообщества проявляет себя как через коллективный образ (государственное или частное медицинское учреждение; объединение медиков на основе профессиональных, научных и личных интересов и т.д.), так и через индивидуальных представителей (специалисты в области медицины, медиальности, представляющие профессию и т.д.). В соответствии со статусно-ролевыми отношениями в медицинском дискурсе основополагающей характеристикой медика является безукоризненная репутация, формируемая, в том числе, имиджевой коммуникацией. В связи с этим в процессе ИК важное значение обретают самопрезентация деятелей медицины и моделирование имиджа профессии. С этой целью на медицинских сайтах представлены разделы с биографическими данными специалистов, отзывами о профессиональной деятельности сотрудников, благодарностями пациентов.

Анализируя субъект целенаправленной имиджевой коммуникации, необходимо учитывать условность авторства как в PR-коммуникации, так и в сети Интернет. На официальных сайтах в создании имиджевого текста принимают участие не только представители медицины, но и журналисты, PR-специалисты, маркетологи. С другой стороны, акцент на личном в ИК проявляется в самопрезентации профессиональной языковой личности посредством персонального сайта, личного блога, профиля в соцсети, интернет-комментария, что формирует имидж медицинского сообщества в целом. Массовость и стихийный характер новых СМК обязывают специалистов грамотно выстраивать стратегию речевого поведения с целью формирования позитивного имиджа.

Объектом имиджевой коммуникации является целевая аудитория медицинского сообщества. В силу дискурсивной специфики анализируемой деятельности, а также глобализации сетевых СМК потенциальным адресатом ИК может стать любой человек, интересующийся вопросами медицины и здоровья. Тем не менее, массовую аудиторию в медицинском дискурсе можно условно разделить на целевые группы, учитывая социальные, гендерные, возрастные различия, а также информационные запросы пациентов.

Дискурсивным параметром медицинского общения является оппозиция коммуникантов относительно специального знания: «врач — пациент». От коммуникативной компетенции и этических принципов представителей медицины во многом зависит качество и достоверность информации в СМК. Открытый доступ к специализированным данным в Интернете, с одной стороны, формирует отраслевые компетенции у обывателя, с другой стороны, способствует созданию и распространению псевдонаучной информации, опасной для здоровья массового адресата. Тенденция к негативному восприятию достоверности информации в Интернете отрицательно влияет на имидж медицинского сообщества. В связи с этим представителям медицины необходимо чётко идентифицировать ожидания целевых групп и вести ИК с учётом данных ожиданий и ответственности за предоставляемую специализированную информацию.

Особенностью ИК является интерактивность: аудитория больше не пассивный объект коммуникации, а активный участник общения. Пациенты создают профили в соцсетях, блоги, интернет-сообщества, посвященные какому-либо заболеванию, в которых размещают информацию о течении болезни и способах лечения, отзывы о деятельности медицинских организаций и конкретных врачей, приобретая статус адресанта специализированной ИК. Отрицательные отзывы в силу массовости коммуникации в Интернете оказывают негативное влияние на имидж медицинского сообщества. Это требует регулярного онлайн-присутствия представителей медицины в диалоге с массовой аудиторией, ещё более активной и последовательной позиции в создании целенаправленных имиджевых сообщений, чем в традиционных СМИ, корректировки информации при отрицательных отзывах, в противном случае контроль над созданием профессионального имиджа в ИК может быть утерян.

Примером сообщений в имиджевой коммуникации в Интернете могут служить как собственно PR-тексты, размещённые на официальных сайтах, специализированных порталах, в интернет-версиях традиционных СМИ, так и новые интернет-жанры: комментарии, блоги, форумы, подкасты и т.д. Содержанием имиджевых сообщений по-прежнему является информация о профессиональных достоинствах и компетенциях сотрудников медицинской организации, истории развития, социально значимой деятельности уч-

реждения, методиках лечения и используемых технологий и т.д. Подобные медиатексты предполагают тщательное предварительное планирование. В настоящее время с целью сближения с массовой аудиторией в имиджевой коммуникации всё чаще используются личные данные специалистов (биография, интересы, увлечения), акцентирующие внимание на общечеловеческих качествах. Также в ИК медицинского сообщества набирает популярность использование брендового нарратива [3].

Имиджевые сообщения в Интернете создаются по общим законам новых медиатекстов, характерными особенностями которых являются гипертекстуальность, поликодовость, полижанровость, фрагментация, визуализация, незавершённость и спонтанность речи, нарушение языковых норм. ИК на сайтах и форумах реализуется в разговорном варианте для уменьшения коммуникативной дистанции с целью создания атмосферы дружеского взаимодействия [2]. Это актуализирует изучение медиатекстов непреднамеренной ИК врача и пациента в аспекте лингвистических и коммуникативно-прагматических трансформаций.

Эффективность имиджевой коммуникации в Интернете зависит от выбора кода сообщения, вербальных и невербальных средств, коммуникативных стратегий и тактик для достижения цели. Задачами медицинской ИК являются информирование и просвещение массовой аудитории в области здоровья и медицины. Выявляя коммуникативные стратегии медицинского дискурса в Интернете, необходимо учитывать опосредованный характер общения и массовость аудитории. Это накладывает этические ограничения на объём и содержание информации. Невозможно провести диагностику и лечение посредством только ИК, поэтому в качестве основной коммуникативной стратегии выступает рекомендующая [1], осуществление которой возможно при достижении доверительных отношений между врачом и пациентом. Именно поэтому так важно сформировать положительный образ представителя медицинского сообщества в сознании «массового пациента».

В имиджевой ИК выявляются стратегии привлечения к взаимодействию, вовлечения в диалог и удержания целевой аудитории, реализующиеся в тактиках самопрезентации и презентации медицинского сообщества, этикетного общения, коммуникативного

сближения с целью установления контакта, взаимопонимания и доверительных отношений. Рекомендующая стратегия, демонстрирующая профессиональную компетенцию врача, воплощается в тактиках объяснения, разъяснения, совета, убеждения, угрозы, утешения, похвалы и т.д. В ИК не приветствуются прямое давление на адресата, использование категоричных оценочных средств; оценка не навязывается, а внушается аудитории.

Для достижения эффективности имиджевой коммуникации в Интернете необходимо учитывать спонтанный характер онлайн-общения, менее всего подверженного прагматическому планированию [5]. Для формирования и поддержания положительного имиджа в непреднамеренной ИК врач должен придерживаться роли коммуникативного лидера, тщательно выбирать способы подачи информации, контролировать процесс её интерпретации, ссылаться на авторитетные медицинские источники, уважительно относиться к мнению пациента, рекомендовать очную консультацию у специалиста.

Таким образом, анализ компонентов медицинской ИК позволяет выявить следующие параметры, влияющие на создание положительного имиджа медицинского сообщества в массовом сознании: профессиональная и коммуникативная компетентность субъекта медицинского сообщества, ориентация на ожидания и активную роль массовой аудитории в интернет-общении, грамотное построение медиатекста с учётом особенностей ИК. Коммуникативная деятельность, формирующая профессиональный имидж в современных СМИ, обусловлена общими законами ИК. Изменение речевого поведения субъекта и объекта коммуникации, трансформация имиджевого текста вследствие массовости, интерактивности и спонтанности общения в глобальной сети требуют более подробного изучения каждого из компонентов имиджевой ИК.

Литература

1. Барсукова М. И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук. — Саратов, 2007. — 23 с.
2. Картины русского мира: современный медиадискурс / З. И. Резанова [и др.], под ред. З. И. Резановой. — Томск: ИД СК-С, 2011. — С. 201–261.

3. Медиалингвистика в терминах и понятиях: словарь-справочник / по ред. Л. Р. Дускаевой. – М.: ФЛИНТА, 2018. – 440 с.
4. Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. 12 апреля 2018 г. / Твер. гос. мед. ун-т; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. –Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. – 246 с.
5. Мозолин А. В. Методика анализа имиджа и его положения в информационном пространстве. – Екатеринбург, 2004. – 44 с.
6. Volkova E. V. Analysis of professional image communication in media discourse [Электронный ресурс] // Journal of Economics and Social Sciences, 2018.– № 13. С. 88–92. – Режим доступа: <http://jess.esrae.ru/62-295> (дата обращения: 03.03.2019).

А. Г. Кононова, канд. мед. наук, доцент

С. В. Колбасников, д-р мед. наук, профессор

А. Г. Кузнецов, клинический ординатор

А. М. Бомбин, клинический ординатор

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ)

This article discusses the main models of interaction between the physician and the patient. Successful treatment in general medical practice is known to depend primarily on compliance. To achieve it, it is important to build a trusting relationship by choosing the right interaction model, because different clinical situations require different approaches. The article gives a brief description of the interaction models, suggested areas of their application.

Key words: interaction model, physician, patient, compliance, general practice medicine.

Ключевые слова: модель взаимодействия, врач, пациент, приверженность, общая врачебная практика.

Умение общаться с пациентами — такая же часть профессиональной деятельности врача, как постановка диагноза и последующее лечение. При этом главным условием, определяющим эффективность медицинской помощи, особенно в первичном звене здравоохранения, является обеспечение приверженности пациента врачебным рекомендациям, то есть комплайенса (англ. compliance — «согласие, ответственность»).

Вместе с тем, врачи общей практики часто недооценивают важность коммуникации, что может привести к неправильной трактовке жалоб пациента, недооценке тяжести заболевания, и даже — врачебным ошибкам. Знание основных коммуникативных моделей и умение применять их на практике важно также для эффективного использования рабочего времени, правильного выхода из конфликтных ситуаций. На формирование комплаентных взаимоотношений оказывает влияние ряд факторов, таких как репутация врача,

его внешний вид, манера речи, интеллектуальный уровень пациента. Перечисленные факторы являются исходными, они создаются до вербального контакта врача с пациентом. В ходе приёма происходит взаимодействие, которое имеет целью установление доверительных отношений между доктором и его подопечным, в результате чего формируется приверженность.

Изучение взаимоотношений между врачом и пациентом началось в середине прошлого века. В 1953 году T.S. Szasz и M.H. Hollender, определив возможные роли врача и пациента, выделили три базовые модели взаимодействия [1]:

1. Активность — пассивность, где врач оказывает помощь недееспособному пациенту (оперативное вмешательство, бессознательное состояние, дети младенческого возраста).
2. Руководство — сотрудничество, при котором доктор играет главенствующую роль, пациент — подчинённую (острое инфекционное заболевание, пациент — ребёнок либо взрослый с относительно низким интеллектуальным уровнем).
3. Взаимное участие, для которого характерно относительное равноправие, врач оказывает консультативную помощь, помогая пациенту помочь себе самому (хроническое заболевание, пациент — взрослый).

В 70-х годах прошлого века специалист по биоэтике Р. Витч сформулировал четыре наиболее известные модели взаимодействия [2]:

1. Инженерная: человек — биологическая машина, врач призван исправить её дефекты (при оперативном вмешательстве, бессознательном состоянии пациента). При этом моральный аспект врачевания отходит на задний план.
2. Патерналистская: врач — пастырь, ведущий за руку пациента. Доктор избирает наиболее приемлемый с его точки зрения метод лечения. При такой модели влияние врача подавляет свободу больного, чего на сегодняшний день, когда возросла ценность автономии человека, следует избегать.
3. Коллегиальная: врач и пациент — равноправные участники лечебного процесса (при лечении хронического заболевания).
4. Контрактная: в начале лечебного процесса между врачом и пациентом заключается договор, в котором определены права и обязанности каждой стороны для достижения общей пользы (подходит при оказании платной медицинской помощи).

Позже E. J. Esmanuel и L. L. Esmanuel предложили адаптированные к современным условиям коммуникативные модели [3]:

1. Информационная: врач предоставляет пациенту всю информацию об его заболевании и возможных вмешательствах, на основании которой пациент выбирает тот или иной метод диагностики и лечения. Врач лишь осуществляет выполнение медицинских манипуляций.
2. Интерпретационная: врач выясняет цели обращения пациента и помогает ему в выборе оптимального решения его проблем. В ходе общения врач предоставляет пациенту всю информацию о состоянии его здоровья, методах лечения. Выбор того или иного метода лечения остаётся за пациентом, что делает эту модель схожей с информационной. Однако данная модель предполагает более тесный контакт врача и пациента. Задача доктора — помочь больному выбрать наиболее приемлемый для него метод лечения.
3. Совещательная: врач помогает пациенту сформулировать требования, наиболее соответствующие его интересам и реализуемые в условиях клинической ситуации. Врач предоставляет пациенту всю информацию о состоянии здоровья, наиболее эффективных методах лечения, а также обо всех альтернативных методах. Согласие между врачом и пациентом достигается в ходе всестороннего обсуждения вопроса.
4. Патерналистская (родительская, пасторская): врач, оценив состояние пациента и проведя диагностику, выбирает наиболее эффективный план лечения. Затем доктор предоставляет больному информацию о его заболевании и выбранном методе лечения, побуждая его дать согласие на вмешательство.

Интересно, что в данной классификации наблюдается уменьшение автономности пациента от информационной до патерналистской модели.

Приведённые авторские концепции весьма схожи и основаны на присвоении участникам лечебного процесса определённых ролей. Выбор модели общения в рамках каждой из концепций зависит от конкретного клинического случая, уровня образованности пациента, его психических особенностей и состояния, потребностей. При этом использование модели исключающей участие пациента (активность — пассивность, инженерная) в условиях общей врачебной практики практически неактуально.

Одним из критериев выбора модели взаимодействия на участке врача общей практики может стать время, необходимое на её реализацию. Так, воплощение различных коммуникативных моделей требует неодинаковых временных затрат. Чем выше степень автономности пациента, тем больше времени уходит на их реализацию. Врач имеет ограниченное время приёма, в ходе которого необходимо установить причину обращения, сформировать комплаентные отношения, провести обследование и назначить лечение. Поэтому, например, в периоды сезонной заболеваемости острыми респираторными заболеваниями рекомендуется использовать модели взаимодействия с меньшим вовлечением и временными затратами (руководство — сотрудничество, патерналистская). Такие пациенты, как правило, нуждаются в однотипных диагностических манипуляциях, схожем медикаментозном сопровождении, листке временной нетрудоспособности. Зачастую именно последнее является ведущей целью обращения в лечебные учреждения. Тем не менее, это не является поводом к пренебрежительному отношению со стороны врача, ведь за маской простудных заболеваний может скрываться серьёзная патология, требующая повышенного внимания, в частности, пневмония.

Применение моделей с малой автономностью пациента также актуально при наличии у пациента неотложного состояния (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжёлая травма и другие), социально-опасных заболеваний (туберкулез, острые инфекции), а также при заболеваниях, которые могут привести к преждевременной смертности (злокачественные новообразования, декомпенсация хронической сердечной и дыхательной недостаточности и прочие). В этих ситуациях врач общей практики должен занять доминирующую позицию в медицинском дискурсе, за ним остаётся право вмешательства и быстрого решения.

Хронические больные, особенно с высокой коморбидностью, напротив, нуждаются в повышенном внимании и обучении. В связи с высокими требованиями к приверженности у таких больных рекомендуется использование модели с повышенной вовлечённостью пациентов в лечебный процесс (взаимное участие, коллегиальная модель). В ходе выбора тактики ведения и реабилитации пациента важно учитывать его потребности и желания. Необходимое для установления доверительных отношений время в таких случаях можно

найти, посещая больных на дому, либо организовав специальные школы (сахарного диабета, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы и т. д.). Следует отметить, что углубленное профилактическое консультирование требует от врача большого терпения, понимания индивидуальных особенностей пациента, его переживаний.

Интенсивное развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом. Врачи нередко жалуются на пациентов, которые либо недостаточно образованы, чтобы понимать их рекомендации, либо, напротив, слишком информированы и все подвергают сомнению. Пациент бывает излишне стеснителен, молчалив, болтлив, агрессивен. Проявления возмущения характерны для пациентов, страдающих от серьезных заболеваний, в случае прогрессирования заболеваний, длительного лечения или свидетельствуют об их принадлежности к определенному психоэмоциональному типу. Поведение пациента может стать причиной изменения дискурсивного поведения. В коммуникативных ситуациях, осложненных эмоциями высокой интенсивности (осуждение, возмущение, гнев), врач вынужден демонстрировать коммуникативную власть путем демонстрации корпоративной солидарности, ссылки на профессиональные знания и эксклюзивное право принимать решения. Целью таких заявлений является поддержание авторитета врача.

Таким образом, эффективная коммуникация врача и пациента, включающая в себя критерии выбора определенной модели взаимодействия, а также способность восприятия информации пациентом, определяет успешность профилактического и лечебно-диагностического процесса. Врачи общей практики и участковые терапевты должны быть лидерами в организации правильных коммуникативных отношений в системе первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Szasz T., Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. — Arch Intern Med, 1956. — № 97. — P. 585–592.
2. Robert M. Veatch Models for Ethical Medicine in a Revolutionare Age / The Hastings Center Report. — Vol. 2, № 3 (Jun., 1972). — P. 5–7.
3. Esmanuel E. J. Four Models of the Physician-Patient Relationship / E. J. Esmanuel, L. L. Esmanuel // JAMA, 1992. — Vol. 267. — P. 2221–2226.

Л. Н. Коричкина, д-р мед. наук, профессор

О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

ДИСКУРСИВНЫЕ УМЕНИЯ И КРЕАТИВНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The article discusses the issue of discursive skills and creativity of a medical school lecturer and their role in practical teaching activities.

Key words: doctors as teachers, discursive skills, creativity, educational process.

Ключевые слова: врачи-преподаватели, дискурсивные умения, креативность, образовательный процесс.

Преподаватель высшей школы является речевой личностью и поэтому он должен владеть дискурсивной компетенцией и постоянно ее совершенствовать. Для этого при решении профессиональных задач необходимо иметь определенные знания, умения и практический опыт. Врач-преподаватель в этом отношении осуществляет свою деятельность в двух направлениях: он обязан владеть профессией врача и успешно применить свои знания и навыки в обучении студентов-медиков. Учебно-воспитательные задачи в обоих случаях решаются дискурсивными умениями преподавателя. При этом между ним и обучающимися возникает атмосфера образовательного пространства, которая должна строиться на основе доброжелательного отношения друг к другу.

В дискурсивных педагогических умениях можно выделить рефлексивные, прогностические, аудиально-мнемонические и импровизационные [7]. Рефлексивное умение помогает преподавателю согласовать свои чувства, мысли, слова и анализировать свои действия, быть в гармонии с самим собой и с окружающим миром. Прогностическое умение позволяет четко представить конечный результат, а именно, смогут ли усвоить учебный материал учащиеся, сдать зачет или, в целом, позволяет дать оценку качеству подготовки будущего врача. Аудиально-мнемоническое умение предполагает преобразование учебного материала в форму вербально-зрительного

образа, что обеспечивает системное и сознательное усвоение теоретического знания у всех обучающихся (визуалов, аудиалов и кинестетиков). Импровизационное умение [10] преподавателя является одним из компонентов творческой деятельности и предполагает умение пользоваться различными приемами в нестандартных ситуациях без предварительного осмысления в процессе общения с обучающимися. Помимо перечисленных педагогических дискурсивных умений следует выделить педагогическое умение эмпатии и толерантности [7]. Способность преподавателя к сопереживанию и его терпение формируют благоприятный социально-психологический климат в образовательном процессе [3; 7].

Исходя из вышесказанного, можно полагать, что все дискурсивные умения преподавателя обеспечивает дискурс (речь, текст). Между преподавателем и обучающимися в образовательном процессе происходит коммуникативное событие, при этом коммуникативное действие может быть речевым, письменным, иметь вербальные или невербальные составляющие [5; 8]. Дискурс, как процесс языковой деятельности, способствует гармоничному управлению учебно-воспитательным процессом, обуславливает умение общения и владение техникой педагогических приемов.

Врач-преподаватель любой медицинской дисциплины в подготовке к лекции и практическим занятиям делает конспект урока; его умение работы с научным текстом определяет алгоритм подачи материала, основную мысль, обеспечивает доступное восприятие информации учащимися. При этом текстовые умения преподавателя относятся к докоммуникативному этапу [2] преподавательской деятельности. Врачу-преподавателю необходимо самостоятельно переработать тексты статей, учебников, руководств, пособий, другой научной литературы, чтобы создать собственную лекцию и практическое занятие. Построение текста требует знаний правил текстообразования и правил его конструирования. Созданный при этом план-конспект является методическим пособием для проведения коммуникативного этапа работы преподавателя. Подготовленный преподавателем собственный текст необходимо реализовать в процессе общения с учащимися. Коммуникативные умения помогают ему реализовать текст речью, в которой должны просматриваться четкие взаимосвязи между текстовыми, коммуникативными и дискурсивными умениями.

В самом начале коммуникативного общения преподавателю необходимо провести теоретическое моделирование дискурса с применением дискурсивных умений. Текстовое преобразование данных литературы в текст-конспект требует преобразования второго в текст-говорящее. Письменный текст, преобразуясь в речевой, требует особых умений от преподавателя, которому важно знать подготовленность аудитории, поставить конкретную цель, решить задачи, знать имеющиеся результаты и уметь проанализировать предыдущий опыт. В данном случае когнитивные способности преподавателя должны быть высокими, у него предполагаются как энциклопедические знания, так и индивидуальные, без наличия которых дискурсивная практика не способна перевести информацию в знание.

Дискурсы разделяются на общие, частные, конкретные и текст. Все указанные дискурсы взаимодействуют между собой. В связи с чем, медицинский дискурс преподавателем-врачом готовится всегда по определенной теме. Преподаватель должен применить логичное рассуждение для последовательного решения поставленных задач. При этом его мыслительная деятельность опирается на имеющийся опыт. Деятельность врача-преподавателя базируется не только на мыслительно-речевой составляющей, но и на коммуникативно-прагматической. Практическая составляющая определяет профессиональный тип преподавателя [4], которому, чтобы быть понятным, нужно научиться правильно осуществлять формулировку при объяснении события с аргументацией и последующим пояснением выводов [8].

Врачебная деятельность (конкретная медицинская специальность) преподавателя предполагает наличие собственного медицинского дискурса с определенной лексикой и стилистикой текста и речи. При этом в тематическом подходе к дискурсу врачом-преподавателем выделяется медицинский тип дискурса [6]. Они имеют применение для различной аудитории (учащиеся младших и старших курсов, ординаторы, специалисты и так далее). В коммуникативном общении «преподаватель — учащийся» используется два основных типа дискурса: лично-ориентированный и институциональный. Каждый имеет свои компоненты, но они направлены в одно образовательное пространство — на обучение врача. Такой вид общения в тематическом плане четко детерминирован и носит

педагогический и научный характер. Характер дискурса определяется его содержанием, при этом сочетание представленного знания и коммуникативного общения предполагает соответствие определенной тональности (эмоционально-стилевой модус общения) передачи дискурса. Преподаватель должен обладать различными ее вариантами (информативной, статусной, шутливой, торжественной и другими) [6]. Это означает, что дискурс, проводимый преподавателем, должен быть хорошо подготовлен, смодулирован и сконструирован для достижения определенного результата.

Образовательный статус и профессия врача-преподавателя предполагает использование в работе с учащимися два формата речи: устную и письменную, что связано с типом обучающейся аудитории (экстраверты и интроверты), а также умение использовать невербальное (жесты, мимика) умение для представления информации.

В медицинском дискурсе всегда рассматриваются проблемы междисциплинарного характера [9], при таком подходе модифицируются или появляются новые формы организации научного знания и практического обучения, которые в современном мире объединяет понятие «инновационные технологии». Динамичное развитие медицинского дискурса объединяет прошлое, настоящее и будущее в любой отрасли медицины, и направлено оно на перспективное развитие медицинского образования в целом.

Преподаватель, помимо дискурсивных умений, должен обладать творческой натурой. Креативность в преподавательской и педагогической деятельности, как и в других областях, отличается рядом особенностей творческого мышления: оригинальностью, дивергентностью, гибкостью, быстротой, ассоциативностью и образностью. Наряду с когнитивным потенциалом успех преподавателя зависит от его эмоциональных и волевых качеств. В структуре креативности важны две функции, первая — найти креативное решение и вторая — воплотить его в жизнь, что означает не только выполнение любой деятельности, но и ее преобразование. Креативный образовательный процесс отличается непрерывностью, преемственностью и позволяет учащимся самим включаться в процесс обучения и управления обучением. Развитие креативности у преподавателя высшей школы способствует достижению им высокого профессионализма и самоактуализации. У преподавателя медицинского вуза

вырабатывается свой стиль профессиональной деятельности, в результате которой осуществляется воспитание творчески мыслящих и действующих последователей, способных решать нестандартные задачи. Преобразование креативным преподавателем традиционного учебного предмета (курса, программы) в творческий учебный процесс является целью креативной педагогики [1], которая является «кузницей» творческих кадров, способных к самообучению. Креативная педагогика использует комплекс принципов, значимые из них, такие как принцип системности образования, самостоятельного обучения, осознанности обучения, актуализации обучения. Креативный врач-преподаватель — это преподаватель-профессионал в своей области, который может показать на практике предметные и креативные знания, умения и навыки обучающемуся, и в то же время способен генерировать новые знания и идеи, которые могут подтолкнуть учащихся к самообучению и саморазвитию.

В настоящее время креативность, в значительной мере, выступает своеобразным механизмом адаптации личности педагога к происходящим социальным переменам. Динамизм развития нашей страны в экономической и политической сферах вызвал существенные изменения в духовной жизни людей. Для того чтобы внутренне соответствовать современной действительности, педагог должен не просто адаптироваться к новой ситуации, но и быть способным изменить её, изменяясь и развиваясь при этом сам. Поэтому особый интерес вызывают исследования, посвященные активной творческой личности, механизму творческого мышления. Креативная медицина требует креативных специалистов. Высокий уровень креативности обеспечивает преподавателю более эффективную, успешную, продуктивную и более продолжительную педагогическую творческую деятельность.

Таким образом, можно полагать, что дискурсивные умения и креативность составляют интегральное качество личности преподавателя медицинского ВУЗа.

Литература

1. Айбатыров К. С., Айбатырова М. А. Динамика креативности преподавателя в профессиогенезе [Текст] // Вестник Майкопского государственного технологического университета, 2014. — №1. — С. 50–57.

2. Горбунова М. В. Дискурсивные умения учителя: содержание и структура // Ярославский педагогический вестник, 2012. — № 3. — Том II (Психолого-педагогические науки). — С. 28–30.
3. Гордиенко Н. В. Профессиональная деформация личности педагога в динамическом развитии от стадии адаптанта до стадии профессионала [Текст] // Успехи современной науки, 2017. — Т.4, № 1. — С. 73–76.
4. Горохова Н.В. Проблема многозначности понятия «дискурс» // Филологические науки, 2014. — № 4. — С. 90-93.
5. Зяблова Н. Н. Дискурс и его отличие от текста // Молодой ученый, 2012. — № 4. — С. 223–225.
6. Карасик В. И. Дискурсивное проявление личности // Вестник РУДН. Серия: Лингвистика, 2016. — Т. 20, № 4. — С. 56–77.
7. Костенко С. А. Толерантность как фактор профессионального «нестарения» учителя [Текст] // Образование и воспитание, 2017. — № 2. — С. 123–125.
8. Лукьянова С. В. О типологии дискурса // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки, 2016. — № 3. — С. 150–153.
9. Синельникова Л. Н. Дискурс и еще дискурс [Текст] // Известия Южного федерального университета. Филологические науки, 2017. — № 3. — С. 137–152.
10. Щербакова Т.Н. Импровизация как компонент творчества современного педагога [Текст] // Педагогическое мастерство: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2014 г.). — М.: Буки-Веди, 2014. — С. 13–16.

Т. В. Потемкина, д-р пед. наук, доцент

ФГАОУ ДПО «Центр реализации государственной образовательной политики и информационных технологий», Москва,
Российская Федерация

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕЧЬ КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИСКУРСОЛОГИИ

The article analyzes the concepts of «professional speech» and «professional discourse.» The author considers the introduction of the concept of “professional discourse” as a stage in the development of linguistic research in the field of professional communication. The author focuses on studying professional discourse.

Key words: professional speech, professional discourse, speech units and speech practice.

Ключевые слова: профессиональная речь, профессиональный дискурс, единицы речи, речевая практика.

Профессиональная речь представляет интерес для разных направлений лингвистики (когнитивной лингвистики, социолингвистики, функциональной стилистики, коммуникативной лингвистики и др.). Несмотря на общий объект исследования — *речь, речевая практика* — каждое направление представляет свой ракурс изучения речи.

Традиционно принятая дихотомия *язык — речь* (Ф. де Соссюр, Л. В. Щерба) повлияла на развитие исследовательской практики в описании единиц языка и единиц речи, что сказалось, в том числе, на формировании целых направлений языкознания, занимающихся вопросами выявления и описания компонентов речи.

Например, стилистический аспект изучения единиц речи основан на выявлении закономерностей функционирования языка в различных сферах общения (функциональная стилистика), на определении способов и форм использования языковых средств (практическая стилистика).

При этом язык рассматривается в качестве основы для изучения речи, поскольку обладает, в отличие от речи, системным характером (по Ф. де Соссюру). При таком подходе *язык* играет определяющую роль. *Речь* — вторична.

Профессиональная речь является для представителей той или иной специальности составляющим элементом «профессиональной картины мира, которая отражает особенности восприятия объектов, их связей и отношений» [6]. Активный этап изучения профессиональной речи связан с появлением функциональной стилистики, где *речь, речевая практика* рассматривались в рамках стилей, которые описывали пространство функционирования языка. Результатами стилистических исследований профессиональной речи можно считать описание специфики жанров (профессиональные жанры речи педагогов, журналистов, юристов и др.), речевые средства (средства выразительности речи судей, учителей, журналистов, средства речевого этикета в профессиональной коммуникации полицейских, медицинских работников, преподавателей), профессиональный тезаурус.

Относительно новый этап в изучении профессиональной речи связан с активно развивающимся направлением — дискурсологией.

Ключевым понятием дискурсологии является *дискурс* — «интерактивная деятельность участников общения, установление и поддержание контакта» [3, с. 5].

Отличаясь междисциплинарным характером, дискурсология представляет широкое поле для проведения исследований речи с использованием подходов, принятых в смежных лингвистических науках.

Вместе с тем на сегодняшний день нет четкого разделения понятий «*речь*» и «*дискурс*». Значительная часть исследователей высказывает мнение о постепенном сближении [4, с. 60] или вовсе — неразличении данных понятий.

Обращаясь к истокам возникновения понятий *речь* и *дискурс*, О. А. Турбина в своих выводах опирается на теорию Г. Гийома, которая отводит *речи* не вторичное по отношению к *языку* место (что первично: язык или речь?), а равную позицию, при которой и речевая практика, и язык относятся к микросистемам, образуя в совокупности единство, что дает возможность рассматривать речь как отдельную систему. При этом термин *дискурс*, по мнению исследователя, является лишь обозначением термина *речь* на французском языке — *discours* [5].

Дискурсология поддерживает идею о системе речи и, следовательно, создает основу построения системы научного описания этой

системы. Нельзя отрицать факт, что за последние два десятка лет дискурсология получила широкое признание. Как отдельное научное направление она обладает своим понятийно-терминологическим аппаратом, в котором понятию *дискурс* отводится центральное место.

В рамках дискурсологии можно говорить о возникновении отдельного направления научных интересов исследователей, которое связано с речевой практикой в контексте профессиональной деятельности — о профессиональном дискурсе (юридическом, политическом, административном, медицинском, образовательном и других).

В основном данные исследования касаются социоэкономических профессий, где профессиональная коммуникация является обязательным компонентом профессиональной деятельности.

Данное направление имеет ярко выраженный прикладной характер: значительное число зафиксированных фактов наблюдения и описания единиц речи в рамках изучения профессионального дискурса находят отражение в практике обучения специалистов и связано с освоением ими специальной терминологии, речевых жанров или норм речевого поведения.

Особый исследовательский интерес связан с разрешением вопросов установления статуса профессионального дискурса, определения его институциональности.

Нечеткость позиций обоснована тем, что профессиональный дискурс можно рассматривать, с одной стороны, как речь профессионалов, объединенных общим родом занятий, обладающих равным тезаурусным уровнем. В этом случае дискурс в полной мере приобретает все признаки институциональности: наличие специальных целей общения, статусно-ролевая функция участников коммуникации, ограниченный перечень речевых жанров, типовые ситуации реализуемых речевых стратегий и тактик. Существующие определения институционального дискурса описывают также условия его функционирования («общепринятый тип речевого поведения субъекта в какой-либо сфере человеческой деятельности» [2, с. 41]) и речевую характеристику адресанта (владение профессиональным тезаурусом, выбор речевых средств, адекватных установленным нормам в рамках институциональной речевой практики).

С другой стороны, профессиональный дискурс включен в коммуникативное пространство, в котором представлены речевые си-

туации, в том числе и неформальные, где намечается некоторый уход от строго институционального контекста речи (использование терминологии в непрофессиональной среде, неформальное общение представителей одной профессии, речевые ситуации, когда профессионалом является один из участников коммуникации). В этом случае в поле зрения исследователей находятся индивидуальные характеристики говорящего, его языковая личность.

В заключение следует сказать, что профессиональный дискурс, выступая объектом исследований, обеспечивает широкое поле как для теоретических, так и для прикладных исследований в рамках разных лингвистических направлений, и «может быть охарактеризован в социолингвистическом, прагмалингвистическом и структурно лингвистическом аспектах» [1].

Литература

1. Бейлинсон Л. С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы (на материале коммуникативной практики логопедов) // Автореф. дисс.... д-ра филол. наук. — Волгоград, 2009.
2. Болсуновская Л. М., Диденко А. В. Дискурсология: анализ теоретических подходов к исследованию дискурса // Вестник Забайкальского государственного университета, 2010. — № 7.
3. Карасик В. И. О типах дискурса // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: сб. науч. тр. — Волгоград: Перемена, 2000. — Т. 1. — С. 5–20.
4. Лиходкина И. А. Соотношение понятий «текст», «дискурс» и «функциональный стиль» // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Лингвистика, 2011. — № 3. — С. 57–60.
5. Турбина О. А. Лингвистическая дискурсология и единицы дискурс-анализа: дискурс-компонент // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Лингвистика, 2017. — Т. 14. — № 2. — С. 44–49.
6. Холодилова М. В. Профессиональная картина мира как результат когнитивной деятельности // Языки профессиональной коммуникации: сборник статей участников Четвертой международной научной конференции. — Челябинск: Энциклопедия, 2009. — С. 61–64.

В. П. Шеховцов, канд. мед. наук, доцент, начальник центра
симуляционного обучения и аккредитации специалистов

Л. Х. Шехаб, аспирант, ассистент центра симуляционного обучения
и аккредитации специалистов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

КАЛГАРИ-КЕМБРИДЖСКАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ВРАЧА

The object of this article is to present the Calgary-Cambridge model in the medical interview. The article shows that numerous communication skills help a doctor with providing a medical interview in an efficient and effective way. This model recommends a more focused approach to the patient beliefs and expectations. It could enhance the effectiveness of the «doctor — patient» communication.

Key words: communication skills, practical skills, Calgary-Cambridge model, clinical communication.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, практические навыки, Калгари-Кембриджская модель, клиническое общение.

Для того, чтобы профессиональная деятельность врача была максимально эффективной, каждый специалист должен знать закономерности и особенности эффективной коммуникации в системе «врач — пациент». При хорошем контакте увеличивается эффективность лечения, уменьшается число побочных действий и осложнений, отмечается рост количества пациентов, удовлетворенных оказанной помощью [2; 3].

Современная модель клинического общения меняется с патерналистской на партнерскую. Медицинский работник является консультантом, который предлагает, а не директивно предписывает варианты медицинского вмешательства. Все разъяснения и рекомендации активно согласуются с пациентом. При лучшем понимании и запоминании растет приверженность к лечению, что демонстрируют клинически значимые исходы. Это, в свою очередь, является главным показателем результативности оказания медицинской помощи.

Наиболее распространенным в Европе алгоритмом общения между врачом и пациентом является Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования. Данная модель основана на научных доказательствах и в своей структуре использует принципы эффективного общения. Опыт зарубежных коллег показывает, что врачи, прошедшие обучение, чувствуют большую удовлетворенность от проделанной работы, а рост уверенности при общении с трудными пациентами коррелирует со снижением количества жалоб. Сохранение данного эффекта спустя многие годы определяет активное внедрение модели в структуру подготовки медицинских кадров [1–4].

Обучение эффективному клиническому общению подразумевает освоение врачом навыков содержания, процесса и восприятия. Определенную важность имеет не только то, о чем врач говорит и как общается, но так же и то, о чем он думает и что чувствует. Способность активно принимать решения, развитое клиническое мышление, навыки решения проблем, способность к состраданию и уважению, адекватная самооценка и многое другое — это то, чем должен обладать специалист. Помимо этого, используемый пациент-центрированный клинический подход, со стороны врача подразумевает уважение автономии пациента, принятие его точки зрения, активное слушание и разъяснение, а также эмпатический отклик на проявленные чувства [1; 4].

В связи с тем, что обучением основам эффективного общения с пациентами занимаются разные кафедры и специалисты, у студентов имеются разрозненные представления о способах его правильного выражения. Курс психологии с основами этики и деонтологии дает представление о надлежащем отношении к пациенту, сестринское дело объясняет профессиональный уход средним медицинским персоналом, а пропедевтика внутренних болезней обучает структуре опроса: выяснению жалоб и сбора анамнеза. При этом исследования, проведенные в Великобритании, показывают недостаточную эффективность классического сбора анамнеза, установленного структурой истории болезни. Так, например, используемые вопросы зачастую не позволяют получить информацию в максимальном объеме и выстроить доверительные отношения с пациентом. Все это определило создание единой модели, направленной на обучение

навыкам клинического общения, объединяющие в себе знания психологии и этики, пропедевтики и основ общего ухода [3].

Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования состоит из последовательно сменяющих друг друга этапов: начала консультации, сбора информации, осмотра, разъяснения и планирования, завершения приема. При этом структурирование консультации и выстраивание отношений идут одновременно и непрерывно от начала до конца. Каждый этап имеет свои задачи, для решения которых необходимо обладать следующими навыками: использованием активного слушания, последовательным движением от открытых вопросов к закрытым, структурированием, дозированием разъяснений, принимающим реагированием и проявлением эмпатии.

Активное слушание, которое является комплексным навыком, подразумевает выдерживание пауз во время проведения консультации. Согласно литературе, первое перебивание в среднем происходит через 12–18 секунд от начала приема и лишь 23 % пациентов договаривают вступительные слова. При таком общении они склонны брать на себя пассивную роль, стараясь угодить врачу. Отвечая кратко, пациенты полагают, что при необходимости про важные моменты врач спросит сам. В итоге имеется не эффективный и не точный сбор анамнеза. Кроме того, мы часто не слушаем, а мысленно готовимся задать следующий вопрос.

Причиной первого перебивания, как правило, являются уточняющие или закрытые вопросы, что сбивает пациентов. Врач перебивает после первой жалобы, полагая, что она и есть главная, пытаясь ее детализировать. Однако, прося сразу же говорить подробнее о первичной жалобе, мы ограничиваем пациента. Более того, последовательность представления пациентом своих жалоб не соотносится с их клинической серьезностью. Чем дольше врач слушает, не перебивая, тем больше выявляется жалоб. Продолжительность консультации не увеличивается, так как на открывающий рассказ в среднем уходит 60 секунд (максимум 150, если просили продолжить). А общая продолжительность составляет 7,8–8,5–10,9 минут.

Следующим навыком, входящим в структуру активного слушания, является подбадривание (фасилитация), улавливание вербальных и невербальных сигналов. Фасилитация может выражаться посредством использования зрительного контакта и кивков головой.

Вербальное подбадривание проявляется в виде нейтральных слов «продолжайте» или «расскажите подробнее», а также отражений с перефразированием или повторением слов, сказанных пациентом.

Далее рекомендовано использование направленных открытых вопросов с приглашением к свободному рассказу, с последующим и плавным движением к конкретным закрытым вопросам с ответом «да» или «нет». Такая последовательность связана с тем, что использование лишь закрытого стиля задавания вопросов во время расспроса, особенно в начале консультации, повышает тревожность у пациентов. Открытые вопросы, в свою очередь, позволяют пациенту чувствовать себя более выслушанным, а врачу удастся получить больше информации за более короткий промежуток времени, что позволяет провести продуктивный мыслительный анализ.

Структурирование беседы выстраивается посредством обозначения временных рамок, а также составления списка проблем или скрининга. Дозирование разъяснений обеспечивается тактикой «проверяй и измельчай» через предоставление информации малыми порциями с сознательными паузами, что дает пациенту возможность отреагировать.

Последним основным необходимым навыком эффективного общения является принимающее реагирование, включающее в себя понимание, принятие любых реакций пациента, использование пауз и помощи в проявлении чувств, тревог и опасений через проявление эмпатии. Поскольку позиция пациента не входит в традиционную историю болезни, и ее, как правило, не учитывают в повседневной клинической практике, эмоциональный опыт проживания болезни остается незамеченным. Его мысли и ожидания остаются неуслышанными. Врачу, имеющему свое представление о болезни, следует проявить понимание и уважение к чувствам пациента через сообщение об этом понимании в форме поддержки.

Невербальное общение с использованием пауз, называние собственных чувств и чувств пациента, их нормализация с поддержкой, отказ от преждевременного подбадривания и переключения на позитив увеличивает степень доверия между пациентом и врачом [1; 2].

В связи с имеющейся эффективностью использования данной модели в профессиональной деятельности зарубежных врачей, в РФ проводится ее активное внедрение в структуру первичной, а также

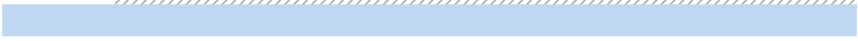
первичной специализированной аккредитации. Использование модели проверяется на станции сбора жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме, которая направлена на проверку практических навыков клинического общения с целью определения соответствия квалификации медицинских работников. Имеется необходимость создания программы обучения навыкам эффективного клинического общения, направленной на пациентоориентированную модель с целью налаживания доверительных отношений с пациентом, начиная с первичного приема при установлении предварительного диагноза.

Литература


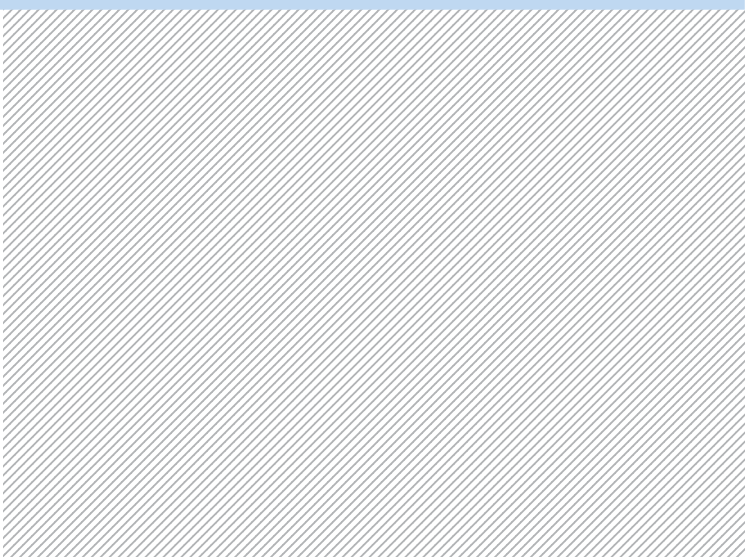
1. Сильверман Дж., Кёрц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. — М.: «Гранат», 2018. — 304 с.
2. Сонькина А. А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. — №1, 2015. — С. 101-107.
3. Сонькина А.А. Навыки общения в клинической практике: возможности и необходимость обучения на вузовском этапе // Виртуальные технологии в медицине. — № 2 (14), 2015. — С. 34.
4. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students.— Int J Med Educ., 2014. — № 5. — P. 212–218.



2.



**МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС
ГЛАЗАМИ
ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**



Л. А. Аврасина, аспирант, врач детский невролог

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

НАРУШЕНИЕ КОММУНИКАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ПАРЕЗАМИ

The article raises the question of the communication disorders in children with peripheral paresis. There has been created a screening-questionnaire to reveal communication disorders. There has been proved the existence of problems in communication of children with peripheral paresis. Therefore, correction of the psychological status and communication abilities of children with peripheral paresis is necessary.

Key words: communication disorders, peripheral paresis, verbal communication, non-verbal communication, screening-questionnaire.

Ключевые слова: нарушение коммуникации, периферические парезы, вербальное общение, невербальное общение, скрининг-опросник.

Человека как биосоциальное существо, в привычных, нормальных условиях среды невозможно представить без общения с другими людьми, без активной коммуникации. Остановимся на определениях. Общение — сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных компонента: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера) [2]. Так же общение можно подразделить на вербальное и невербальное. Вербальное общение, или (привычнее) речь, — конкретное говорение, протекающее во времени и облечённое в звуковую (включая внутреннее проговаривание) или письменную форму. Под речью понимают как сам процесс говорения (речевую деятельность), так и результат этого процесса (фиксируемые памятью или письмом речевые произведения) [3]. Невербальное общение — коммуникационное взаимодействие между индивидами без использования слов (передача информации или влияние друг на друга через образы, интонации, жесты, мимику,

пантомимику, изменение мизансцены общения), то есть без речевых и языковых средств, представленных в прямой или какой-либо знаковой форме. Инструментом такого «общения» становится тело человека, обладающее широким диапазоном средств и способов передачи информации или обмена ею, которое включает в себя все формы самовыражения человека. Знание языка жестов и телодвижений позволяет лучше понимать собеседника [4].

В настоящее время не снижается рост заболевания детей с периферическими парезами, и Тверская область не является исключением. За последнее время по данным статистики неврологического отделения ГБУЗ ДОКБ г. Твери, поражения периферической нервной системы занимают 3 место [1]. Есть ли связь поражения периферической нервной системы и нарушения коммуникации у ребенка с сохраненной речью? В настоящем исследовании постараемся выявить наличие затруднения общения у детей с периферическими парезами. Поскольку данная категория детей имеет функциональный (моторный) дефицит, сохранить способность общения и взаимодействия с окружающими людьми для них жизненно важно.

Цель исследования. Выявить наличие нарушения коммуникационных способностей детей с периферическими парезами без нарушения речевой функции.

Задача исследования. Предложить пути решения проблемы общения у детей с периферическими парезами при сохраненном речевом аппарате.

Материалы и метод. В исследование вошли дети, проходившие стационарное лечение в 2018 году на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери (неврологическое, нейрохирургическое, педиатрическое отделения). В основную группу вошло 57 пациентов с поражением периферической нервной системы. Группа контроля 30 пациентов без поражения периферической нервной системы. Возрастной состав от 5 до 17 лет. Гендерное деление: основная группа 22 мальчика и 35 девочек, группа контроля 12 мальчиков и 18 девочек. Критерии вхождения в обследование: наличие согласия родителей и самого ребенка, сохраненный речевой аппарат, умение разговаривать на русском языке. Основную группу мы разделили на подгруппы:

- 1) поражение верхней конечности с рождения — 7 человек;
- 2) поражение верхней конечности приобретенное — 9 человек;

- 3) тетрапарез, медленно прогрессирующий — 10 человек;
- 4) тетрапарез, возникший на фоне полного благополучия — 3 человека;
- 5) поражение нижней конечности с рождения — 5 человек;
- 6) поражение нижней конечности приобретенное — 7 человек;
- 7) острое поражение лицевого нерва — 16 человек.

Для выявления наличия коммуникационных проблем, нарушенного общения нами был разработан скрининг-опросник. Он состоит из простых вопросов и балльной шкалы (приложение 1). Данный опросник заполнялся врачом-неврологом или нейрофизиологом во время осмотра пациента. Он позволяет заподозрить явные нарушения коммуникационного потенциала ребенка и своевременно направить к детскому психологу.

Приложение 1. Скрининг-опросник.

1. Возраст
2. Пол
3. Посещаешь ли ты школу (для детей с 6 до 17 лет, уточнить домашнее обучение, обычное) или детский сада (подготовительные классы, для детей до 8 лет)? (обычную 2; домашнее обучение 1; не посещает — 0)
4. Посещаешь ли ты дополнительные занятия в группах с другими детьми? (да 1, нет 0)
5. Есть ли у тебя друзья, с которыми ты активно общаешься? (да (много друзей) 2; да (один друг) 1; нет 0)
6. Дружишь ли ты с кем-то в семье? (да 1, нет 0)
7. Общаешься ли ты с кем-то в стационаре? (да 1, нет 0).
8. Общаешься ли ты в социальных сетях? (да 1, нет 0) Для детей дошкольного возраста и раннего школьного: любишь ли ты играть с другими детьми? (да 1, нет 0)
9. При общении с ребенком оценивается его мимика и жестикуляция (наличие активной мимики жестикуляций 2, затруднения 1, отсутствие 0)
10. Общий настрой на лечение (оценка врача); свое состояние (положительный настрой на лечение и реабилитацию, хорошее самочувствие 3; положительный настрой на лечение и реабилитацию, плохое самочувствие 2; негативный настрой на лечение и

реабилитацию, хорошее самочувствие 1, негативный настрой на лечение и реабилитацию, плохое самочувствие 0)

Оценка результатов: от 13 до 8 баллов, что является хорошим показателем коммуникативных способностей, от 7 до 0 плохой результат, требующий коррекции психологического состояния ребенка.

Результаты. По итогам исследования из основной группы 27 (47,4 %) пациентов имеют плохие результаты, что показывает сложности в коммуникации со сверстниками и родственниками. Особенно преобладают дети с приобретенными парезами. Поскольку явно, что ввиду парезов нарушается невербальное общение, снижается желание быть на виду у сверстников, повышается чувство вины перед родственниками. Среди них отмечается преобладание нарушения коммуникации у детей с острым поражением лицевого нерва, поскольку у них нарушается мимика, повышается стеснение своей болезни и боязнь сохранения всем видимого при живом общении наличия заболевания, к которому он не был готов и не знает, как с ним справиться. Дети с врожденными, медленно прогрессирующими парезами постепенно адаптируются к своему состоянию. В группе контроля все испытуемые дали хорошие результаты, что показывает возможности свободного общения со сверстниками и родственниками. Следует отметить, что у детей с тетрапарезом и приобретенным парезом доминантной руки (той рукой, которой ребенок научился писать и рисовать) могут возникать трудности с письмом и в несколько меньшей степени с использованием электронных вариантов письма (телефона, компьютера, планшета). В свою очередь у подростков с периферическими парезами начинает преобладать отдаленное социальное общение, им становится проще выражать свои мысли короткими сообщениями и вместо невербального общения использовать значки — смайлы. Хотелось бы отметить, что среди контрольной группы социальное общение очень развито, но все равно является дополнительным, в то время как для основной группы становится главным вариантом.

Выводы. Таким образом, нарушение коммуникации для детей с периферическими парезами является актуальной психологической проблемой. Разработанный скрининг-опросник позволяет выявлять нарушения коммуникации. В эру развития электронных технологий людям с ограниченными возможностями удается поддерживать ак-

тивную связь с обществом. Считаю важным детям с периферическими парезами обязательно проходить консультацию психолога, при наличии проблем проводить курс психологической реабилитации. Реабилитация должна быть направлена на обучение правильно владеть своим телом, не бояться живого общения, использования новых технологий и социальной сети, и, безусловно, установку на борьбу с заболеванием. Занятия, направленные на нормализацию коммуникации, должны проходить как в индивидуальном, так и в групповом аспекте. Стоит с уверенностью отметить, что при своевременном выявлении психологических проблем и правильном лечении дети с периферическими парезами будут по своим коммуникационным способностям меньше отличаться от здоровых детей.

Литература

1. Аврасина Л. А. Организация оказания специализированной медицинской помощи детям с поражением периферической нервной системы, внедрение нейрофизиологического обследования в ГБУЗ ДОКБ г. Твери // Молодежь — практическому здравоохранению. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С.15–17.
2. Бодалёва А. А. Психология общения. Энциклопедический словарь. — М.: Изд-во «Когито-Центр», 2015. — 672 с.
3. Большая российская энциклопедия [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://bigenc.ru/linguistics/text/3508251> (дата обращения: 15.11. 2018).
4. Горянина В. А. Психология общения. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 416 с.

Р. К. Алексеев, аспирант, врач-нейрохирург

ГБУЗ МО «Солнечногорская ЦРБ», Солнечногорск,
Российская Федерация

Л. В. Чичановская, д-р мед. наук, зав. кафедрой, ректор

В. К. Дадабаев, канд. мед. наук

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ, ИМЕЮЩИМ ОЧАГОВУЮ НЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

This article describes the features of communication between the doctor and the patient with mild and severe traumatic brain injury during the initial examination in the Emergency Department. Examples from practice, requiring a detailed study of the «doctor — patient» interaction in these types of injuries are given.

Key words: craniocerebral trauma, focal neurological symptoms, doctor-patient relationship.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, очаговая неврологическая симптоматика, взаимоотношение «врач — пациент».

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это комплекс повреждений мягких тканей головы, костей черепа и внутричерепных повреждений, имеющих единый механизм и давность образования. Ежегодно в мире от ЧМТ погибает порядка 1,5 млн. чел., а 2,4 млн. становятся инвалидами. В России ежегодно ЧМТ получают около 600 тыс. чел., из них 50 тыс. погибают, а еще 50 тыс. становятся инвалидами. В общей структуре травматизма повреждения центральной нервной системы они составляют около 40 % [2].

Любая ЧМТ проявляется в виде общемозговой и очаговой неврологической симптоматики — неврологические симптомы, характерные для местного поражения определённых структур центральной или периферической нервной системы и явлениями диффузного повреждения головного мозга.

Важным звеном на всех этапах оказания специализированной помощи является взаимодействие врача стационара с пациентом,

перенесшим ЧМТ, которое начинается с момента обращения пострадавшего в медицинское учреждение.

Пациентов с проявлениями ЧМТ можно разделить на две группы:

- 1) обратившиеся за медицинской помощью самостоятельно (в том числе по направлению от врачей поликлиники);
- 2) доставленные в стационар по экстренным показаниям (как правило, бригадой скорой медицинской помощи) или в сопровождении родственников.

Пациенты с проявлениями тяжёлой ЧМТ в основном доставляются в лечебное учреждение бригадами скорой медицинской помощи, а основная масса самообращения приходится на легкую ЧМТ.

При первичном обращении пострадавших с ЧМТ необходим осмотр врача-нейрохирурга, невролога, терапевта, а при подозрении на сочетанную травму дополнительно осмотр травматолога, хирурга и, при необходимости, реаниматолога. На уровне приемного отделения проводится сбор анамнеза жизни и заболевания (травмы), осмотр пациента, назначение дополнительных методов обследования (рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга и другие). В процессе общения пациента, получившего ЧМТ, с врачом могут возникнуть трудности в коммуникации, связанные с проявлениями патологической неврологической симптоматики.

Актуальность данной проблемы важна как для клиницистов, так и судебно-медицинских экспертов. Клиницисты стараются установить диагноз и назначить лечение. Судебно-медицинские эксперты оценивают степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, качество и своевременность оказанной помощи. Также стоит учесть, что правильная маршрутизация больного с ЧМТ зачастую является основной для благоприятного исхода.

Рассмотрим больных первой группы. В данном случае пациент осознанно идет на прием к врачу. Он четко знает причину своего визита — перенесенная травма, с которой пострадавший связывает свое плохое самочувствие. Также у пациента присутствует желание уточнить свой диагноз, узнать степень опасности полученной травмы для своего здоровья и её возможные последствия, получить рекомендации по лечению, оформить лист нетрудоспособности. Поскольку пострадавший самостоятельно обращается за медицинской помощью, его состояние чаще всего является удовлетворительным,

а проявления ЧМТ минимальными и сводятся к одному или нескольким проявлениям общемозговой симптоматики (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, болезненность при движении глазных яблок, пошатывание при ходьбе, сонливость, повышенная утомляемость, заторможенность). В то же время на психоэмоциональное состояние пациента воздействуют и другие факторы, такие как неблагоприятные воспоминания о моменте травмы. Особенно сильно воздействуют события, произошедшие в результате противоправных действий или ДТП. В то же время травма вмешивается в привычное течение жизни пациента, нарушает его краткосрочные и долгосрочные планы, что, несомненно, пагубно влияет на его настроение. Все это в совокупности приводит пациента в замешательство, а проявления общемозговой симптоматики не позволяют сконцентрироваться на какой-то определенной задаче.

Всем пациентам с подозрением на ЧМТ необходимо предлагать госпитализацию в стационар, поскольку на первичном приеме не всегда можно выявить опасные проявления полученной пострадавшим травмы, которые могут проявиться позднее, либо носить непостоянный характер. Несерьезные, по мнению пациента, проявления травмы являются одной из причин отказа от госпитализации. Больные, мотивируя отказ проходить лечение в стационаре, ссылаются на невозможность госпитализации по причине необходимости ухода за ребенком, больным членом семьи и даже домашними животными, невозможность прерывания трудовой деятельности, неприязнь к нахождению в больнице и так далее. Задача врача в данной ситуации — убедить пострадавшего поставить на первое место заботу о своем здоровье. Лексическая компонента речи врача играет существенную роль в установлении межличностного контакта [1]. Однако, как показывает практика, наибольшее воздействие на решение пациента о госпитализации оказывает интерпретация врачом результатов дополнительных методов обследования. Например, врач сообщает, что «на рентгенограммах черепа выявлен перелом, что является тяжелой травмой и требует стационарного лечения и дообследования», или «по данным компьютерной томографии у вас выявлено травматическое кровоизлияние вещества головного мозга, которое может увеличиться в размерах, значительно ухудшить состояние и привести к необходимости проведе-

ния оперативного лечения». После получения подобной информации пациент не только полагается на информацию, полученную от общения с врачом, но и оценивает при помощи разъяснений врача данные объективного метода обследования. При правильно донесенной информации у пациента меняются приоритеты, и он ставит на первое место беспокойство и заботу о своем здоровье, соглашаясь на госпитализацию и лечение. В данном случае врачу нужно уловить тонкую грань в общении с пострадавшим. Не стоит излишне запугивать пациентов возможным неблагоприятным исходом их травмы. Это только усугубит его душевные переживания о своем здоровье, повысит уровень тревоги и даже может вызвать недоверие к врачу. В то же время нельзя допустить, чтобы пациент недооценивал степень тяжести полученных повреждений. Если все же убедить пострадавшего в необходимости госпитализации не удалось, то необходимо взять с него отказ в письменном виде по установленной форме, дать рекомендации по лечению и наблюдению у невролога амбулаторно.

В данной группе пациентов встречаются те, кто симулируют симптомы ЧМТ и аггавируют при осмотре. У данной категории больных травма носит противоправный характер (например, побои) или получена в результате дорожно-транспортного происшествия, либо на производстве в рабочее время. Будучи убежденными в том, что за причинённые телесные повреждения им полагается материальная компенсация, они всячески стараются получить медицинское заключение с как можно более серьезным диагнозом, чтобы усугубить тяжесть вреда, причиненного их здоровью. При первичном осмотре такие пострадавшие часто ведут себя очень эмоционально, детально описывают произошедшие с ними противоправные действия, указывают на все следы травм на своем теле, некоторые из которых порой даже не имеют к данной травме никакого отношения.

Как быть с такими пациентами? Как отличить симуляцию от настоящих проявлений общемозговой симптоматики? Ответ один — госпитализация. Согласно пункту 3.2. приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», на установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям отводится 24 часа с момента поступления в профильное

отделение. У врача будет достаточно времени, чтобы произвести дополнительные обследования и получить их результаты, осуществить динамическое наблюдение за пострадавшим и провести совместный осмотр с заведующим отделения. В результате можно поставить точный клинический диагноз, подтверждающий или опровергающий наличие у пациента ЧМТ. В данном случае врач избегает последствий, связанных с постановкой неверного диагноза, которые могут пагубно сказаться как на состоянии здоровья пациента, так и привести к неблагоприятным последствиям для самого врача и третьих лиц, причастных к травме пострадавшего. Часто лица, симулирующие признаки ЧМТ, вовсе не имеют следов травмы на голове. Однако следует помнить, что отсутствие следов травмы на голове не исключает диагноза ЧМТ. Нередко пострадавшие обращаются через несколько дней или даже недель после перенесенной травмы и каких-либо следов внешних воздействий к тому моменту может уже не быть. В подобных случаях пациенты предъявляют жалобы на сохраняющееся плохое самочувствие, указывают на возникшее спустя некоторое время после травмы недомогание либо отмечают ухудшение самочувствия на фоне физической нагрузки. Особенно часто отсроченные проявления симптомов ЧМТ отмечаются у лиц пожилого возраста и лиц, длительно злоупотребляющими спиртными напитками. Это обусловлено атрофией вещества головного мозга и возникновением компенсаторных пространств в полсти черепа, которые до определенного времени могут способствовать стертости клинических проявлений ЧМТ. Если врач заподозрил обратившегося к нему на прием человека в симуляции и он отказывается от стационарного обследования, то в выдаваемом медицинском заключении необходимо отметить отсутствие на момент осмотра объективных проявлений ЧМТ, отсутствие следов травмы (если их действительно не видно). Однако врач должен верить жалобам пациента и выставить подозрение на ЧМТ под знаком «?» и направить на дообследование и лечение у невролога амбулаторно. Лицо, обратившееся с подобным заключением на судебно-медицинскую экспертизу, обречено на получение заключения об отсутствии вреда здоровью. А пострадавший, у которого действительно отмечаются проявления ЧМТ, при повторном осмотре невролога поликлиники и его наблюдении получит должное лечение и установленный диагноз ЧМТ.

Одно из основных отличий пострадавших из первой группы от второй в том, что многие из них доставляются в стационар бригадами СМП непосредственно с места травмы или из дома, спустя не продолжительное время после нее. У пациентов данной группы общее состояние чаще расценивается как средней тяжести и тяжелое, проявления общемозговой симптоматики более выражены и нередко присутствует очаговая неврологическая симптоматика.

Вторую группу пострадавших можно разделить на 3 подгруппы:

- А) уровень сознания по ШКГ 15 баллов, проявления общемозговой симптоматики минимальны, очаговая симптоматика редко присутствует;
- В) уровень сознания по ШКГ от 11 до 14 баллов, выраженные проявления общемозговой симптоматики, очаговая симптоматика часто присутствует;
- С) уровень сознания по ШКГ 10 баллов и меньше, проявления общемозговой симптоматики сильно выражены, очаговая симптоматика присутствует.

Пострадавшие из подгруппы «А» схожи по своему состоянию с пациентами из 1 группы, но фактор внезапности поступления в стационар и немного более выраженная неврологическая симптоматика вносят свои коррективы во взаимоотношения врача и пациента. Пострадавшие из данной подгруппы нуждаются приблизительно в таком же подходе, как из 1 группы, но они более тщательно прислушиваются к рекомендациям врача, с ними легче установить доверительный контакт без особых дополнительных разъяснений. Это связано с тем, что, как правило, общее состояние пациента его не удовлетворяет, он вынужден обратиться в больницу с посторонней помощью (родственники, СМП) и подсознательно уже готов к госпитализации и лечению в стационаре. Тем не менее, пациенты, доставленные с места травмы в первый час, часто чувствуют растерянность. Внезапная смена окружающей обстановки и мысли о незавершенных делах усиливают стрессовую ситуацию, возникшую при происшествии. При общении с врачом они зачастую не хотят верить в то, что у них есть ЧМТ, которая может привести к неблагоприятным последствиям, хотя ощущают на себе ее проявления. Задача врача в данном случае заключается в том, что необходимо не только разъяснить пациенту его состояние, но и успокоить его, дать не-

сколько минут подумать, позволить позвонить родным за советом. Не стоит давить на пострадавшего и требовать от него сиюминутного ответа на вопрос «Вы будете госпитализироваться или нет?». При таком неверном подходе при данной ситуации в подавляющем большинстве случаев врач получит ответ — «нет», а пациент не получит своевременно должной медицинской помощи.

Пострадавшие из подгруппы «С» в виду тяжести своего состояния, угнетения уровня сознания до сопора и комы, продуктивному контакту недоступны. Решение об их лечении принимается консилиумом врачей в составе не менее трех человек. В данном случае коммуникативный фактор во взаимоотношении «врач — пациент» отсутствует.

Пострадавшие из подгруппы «В» представляют наибольший интерес с точки зрения особенностей взаимодействия врача и пациента. Наличие такой очаговой симптоматики, как афазия (особенно сенсорная) и дизартрия, значительно затрудняют общение врача и пациента. Нарушение критики к себе, неадекватное поведение и эпизоды психомоторного возбуждения больного и вовсе сводят на нет попытку врача установить анамнез жизни и заболевания, мешают процедуре осмотра пациента и проведению дополнительных методов обследования. К таким больным нужен особый подход. Врач, установив нарушение когнитивных функций у пациента на фоне ЧМТ, должен госпитализировать его. На фоне медикаментозной седации необходимо провести обследование и определить тактику дальнейшего лечения. Не стоит пренебрегать попытками общения с данными пациентами. Если имеется речевой контакт врача с пациентом с когнитивными нарушениями, то нужно попытаться донести до больного основные моменты, наиболее простые для понимания. Например «вам нельзя ходить, ложитесь на кушетку», «сейчас будет снимок, нужно немножко полежать». Бессмысленными будут попытки разъяснить пострадавшему характер полученных повреждений и последствий отказа от лечения. Общение должно сводиться к наиболее простым просьбам, которые будут понятны и легки для выполнения пациентом. Так же следует учесть, что эти предписания необходимо будет повторять пациенту неоднократно, так как спустя короткое время он про них не будет помнить и перестанет их выполнять.

Пациенты в остром периоде черепно-мозговой травмы требуют особого подхода во взаимоотношении «врач-пациент», с учетом проявлений общемозговой и очаговой неврологической симптоматики. Правильно избранная коммуникативная тактика, несомненно, приведет к более благоприятному исходу травмы и будет способствовать снижению инвалидизации пострадавших.

Литература

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.12–17.
2. Пошатаев К. Е. Эпидемиологические и клинические аспекты черепно-мозговой травмы // Дальневосточный медицинский журнал, 2010. — №4. — С. 125–128.

УДК: 159.9:61

Н. П. Баранова, врач-терапевт

Городская Клиническая Больница № 7, г. Тверь,
Российская Федерация

И. Ю. Курицына, старший преподаватель

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь,
Российская Федерация

СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ВЫЗОВЕ НА ДОМ

The article considers the communicative practices in the field of medical discourse. In the article, the authors analyze speech strategies and tactics in the course of doctor — patient communication.

Key words: «doctor — patient» communication, doctor's visiting, interaction, verbal strategies, non-verbal strategies, effective communication.

Ключевые слова: коммуникация «врач-пациент», терапевт, вызов на дом, вербальные и невербальные стратегии, эффективная коммуникация.

Помощь на дому — важнейшая составная часть внебольничной помощи, оказываемая участковым врачом-терапевтом. Почти в половине случаев всех заболеваний, и особенно в сезон респираторно-вирусных инфекций, в 90 % случаях медицинская помощь начинается с посещения пациента на дому участковым терапевтом. В общем объеме терапевтической деятельности 50 % занимают вызовы на дом.

В результате изменений общей картины заболеваемости, где в настоящее время доминируют длительно протекающие хронические заболевания, увеличение контингента лиц преклонного возраста, которые нуждаются в постоянном наблюдении в домашних условиях, вызовы на дом приобретают все большую социально-экономическую значимость.

Эффективность лечебной и профилактической работы во многом определяется навыками ведения беседы участкового врача с пациентом, а в отдельных случаях и с родственниками больного. Если на терапевтическом приеме в поликлинике время ограничено и его проведение должно быть четко структурировано, то при вызове на дом временного регламента нет. Цель общения на терапев-

тическом приёме одна — профессиональное оказание медицинской помощи, но обстоятельства и место разные. Медицинский приём на дому более комфортен для пациента, непосредственной коммуникации врач — пациент отводится больше времени. Соответственно снижается опасность возникновения конфликтных ситуаций, возрастает продуктивность коммуникации, что позволяет быстрее добиться положительных терапевтических результатов. Общение врача изначально полифункционально. В своей речевой деятельности он реализует следующие функции: контактоустанавливающую, связующую, формирующую, подтверждающую, организационную. Большое значение имеет и наличие отличительных атрибутов профессии (специальная одежда, инструменты, документация).

Несмотря на то, что больные обращаются за врачебной помощью на дому по поводу различных заболеваний, можно выделить три основные фазы коммуникации в процессе визита:

- начальная — первоочередное представление себя, обращение к пациенту по имени и отчеству, использование бейджа;
- основная — изложение пациентом проблемы, оценка информации врачом, сообщение рисков, варианты лечения;
- заключительная «техническая» — выписывание рецептов, листов нетрудоспособности.

В начальной фазе преобладают невербальные аспекты коммуникации. Соблюдение врачом формальных правил: наличие бахил, использование халата, бейдж, гигиена рук. Все это создает у пациента положительный настрой для дальнейшего общения. Правильно обозначенная дистанция также способствует успешному взаимодействию. Она должна быть такой, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно. Находясь в ситуации стресса, обусловленного болезнью, пациент нуждается в фиксированной территории, принадлежащей только ему. Спокойный тембр голоса, плавные жесты, знаки одобрения, соблюдение гигиены непроизвольно создают у пациента ощущения позитивного межличностного контакта. С первых минут визита на дом, доктору важно расположить к себе больного, вызвать у него доверие.

Главный аспект коммуникативного взаимодействия разворачивается в основной части визита и может происходить по двум сценариям. В первом врач выступает в роли активного слушателя. На этом

этапе терапевт обычно использует обороты «расскажите», «опишите». Применяется техника нерефлексивного слушания, имеющая возможность перейти в рефлексивное или эмпатическое. Эмпатическое слушание создает благоприятный климат для открытого выражения собеседником своих мыслей и чувств. Приемы рефлексивного и эмпатического слушания позволяют узнать, что партнер говорит на самом деле, понять истинный смысл того, что скрывается за его словами. Когда люди видят, что их слушают, они не только принимают по отношению к собеседнику благоприятную установку, но также будут, в свою очередь, слушать и его [2]. Во время монолога врач выясняет характер и уровень информированности больного. Просеивая излагаемую информацию по релевантности, переводя высказывания в профессиональную плоскость, врач зондирует уровень знаний пациента, создает себе базу для оценки ситуации и выработки коммуникативной стратегии.

Второй сценарий протекает в форме устного диалога. Диалогическое общение предполагает умение задавать вопросы, которые способствуют установлению доверия между партнерами по общению. Вопросы позволяют активизировать участников беседы и направить процесс общения в необходимое русло [2]. Как правило, используется распространенная тактика запроса конкретной информации у пациента. Реализация происходит с помощью типизированных вопросительных высказываний с использованием **общих вопросов** (На что жалуетесь? Что беспокоит? Как самочувствие?), **встречных вопросов, вопросов-повторов** (Вр.: Что принимаете от давления? // П.: От давления?), **вопросов-ретроспектров** (Какие инфекционные заболевания Вы перенесли в детстве? Когда Вы последний раз были у кардиолога?), **информационных вопросов** (Что Вы принимали, чтобы снизить давление? От температуры?). Пациент не всегда может сформулировать четкий ответ. В такой ситуации врач вынужден задавать **наводящий вопрос**: // Вр.: Прививку от гриппа делали? // П.: Не помню. // Вр.: Укол делали в плечо или ягодицу?.

В дальнейшем коммуникативное взаимодействие сводится к традиционным стратегиям медицинского дискурса: лечащей и рекомендующей. Лечащая стратегия заключается в речевом сопровождении конкретных врачебных манипуляций. Её цель — собрать до-

стоверный анамнез и оказать эффективную помощь больному, сделав это, по возможности, комфортно, поставить диагноз [4].

На заключительном этапе визита возможно применить эффективную коммуникацию взаимодействия врача и пациента, когда коммуникатор получает возможность принятия эффективных решений и доводит их до реципиента. Как правило, это реализуется через рекомендуемую стратегию (Есть хороший препарат от давления / но дорогой / я не знаю Ваших возможностей / Можно попробовать / Я выпишу Вам больничный / Вам необходим постельный режим). Чем выше культурный уровень врача, тем деликатнее форма его рекомендаций, тем шире спектр его советов [4].

Многие заболевания сопровождаются у пациентов теми или иными особенностями поведения. Так, при атеросклерозе сосудов головного мозга возможны значительное снижение памяти, рассеянность, слабодушие, слезливость, обидчивость, эгоцентризм. У пациентов с патологией сердца часто отмечается чувство страха за свою жизнь, повышенная эмоциональность. Особый контингент на участке терапевта составляют люди пожилого возраста. В этих случаях интеракция происходит при помощи родственников больного. Он является посредником в коммуникации «врач — пациент», описывает причину вызова на дом, транслирует жалобы больного.

Эффективность профилактической и лечебной работы во многом определяется правильно сформированными взаимоотношениями врача и пациента. Посещения на дому по сравнению с поликлиническим приёмом позволяют добиться **больших** положительных результатов в лечении. От умения врача точно оценить ситуацию и выступить в роли коммуникативного лидера во многом зависит успех оказания профессиональной медицинской помощи. Языковая практика общения врачей в запланированных, стандартных, неожиданных ситуациях является важным объектом лингвистических исследований.

Литература

1. Болучевская В. В., Павлюкова А.И. Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.medpsu.ru> (дата обращения: 25.03.2019).
2. Виноградова Е. В., Корнюшо Е. М. Дискурсивные особенности медико-генетического консультирования // Материалы 3-й межреги-

- ональной научно-практической конференции. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2015. — С. 30–31.
3. Винокур Т. Г. Говорящий и слушающий: Варианты речевого поведения. — М.: Наука, РАН ин-т русск.яз., 1993. — 171с.
 4. Кочеткова Т. В., Барсукова М. И. Спектр коммуникативных практик в медицинском дискурсе // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 3-й межрегиональной научно-практической конференции. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2015. — С. 48–49.

Ю. В. Захарова, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

В. Б. Кузьмин, врач выездной бригады интенсивной терапии

ГБУЗ ТО «Тверская станция скорой медицинской помощи», Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Doctor-patient communication is an important part of every medicine branch. This article deals with communication in the area of emergency medicine, considers various aspects of emergency doctor's speech (both verbal and nonverbal) and its influence on the patient and on the situation in general.

Key words: emergency medicine, doctor, patient, communication.

Ключевые слова: скорая помощь, врач, пациент, коммуникация.

Скорая медицинская помощь является одной из самых ответственных отраслей медицины. В условиях ограниченности времени и отсутствия средств проведения диагностики, которые есть в стационарах, врач скорой помощи должен не только правильно поставить диагноз пациенту, но и уметь быстро отреагировать, подобрать необходимые реанимационные меры или неотложную терапию, чтобы спасти человеку жизнь. Все эти факторы, безусловно, оказывают влияние на коммуникацию между врачом и пациентом, а также его родственниками или просто случайными свидетелями, если речь идет о ДТП.

Целью данной статьи является рассмотрение особенностей коммуникации между врачом и пациентом при оказании неотложной медицинской помощи.

Работа врача скорой помощи имеет свою специфику, которая заключается в необычности ситуации оказания помощи. Врач постоянно сталкивается с человеческим горем, тревогой, трагическими происшествиями, внезапной смертью. Нередко скорую помощь вызывают к больным в тяжелом состоянии, пострадавшим в аварии. В этой связи большое значение приобретают невербальные средства коммуникации. Врач должен оставаться спокойным внешне, гово-

ритель доброжелательно, по возможности нужно разрядить тяжелую и трагическую атмосферу, прекратить панику, установить контакт с пациентом или с окружающими его людьми, если он, к примеру, находится без сознания.

При сборе анамнеза врач опрашивает больного четко и быстро, упрощая свою речь, не используя профессиональных терминов, которые больной скорее всего не поймет и понадобится время на дополнительные объяснения, а на такое промедление нет времени. Приведем несколько примеров из практики: Вы можете потерять много крови (= У Вас острая кровопотеря) // Нарушена работа сердца (= Некроз сердечной мышцы) // воспаление легких (= пневмония) // камни в желчном пузыре (= калькулезный холецистит) // гнойник (= абсцесс) // ложный круп (= стеноз гортани).

При этом врач должен уметь проявить сочувствие и понимание проблем пациента. Врач может выразить это как вербальными (Я Вас понимаю // Пожалуйста, продолжайте // Расскажите подробнее // частицами «ага» и «угу»), так и невербальными средствами (внимательным взглядом, кивком головы, заинтересованным тоном и интонацией). Тогда у пациента возникнет ощущение, что его слушают, его жалобы понятны и ему хотят помочь. Понимание, что ты со своей проблемой не один на один, действует успокаивающе.

«Независимо от своего социального и образовательного статуса, пациент связывает с врачом определенные ожидания, отождествляя его не только с авторитетным профессионалом-врачевателем, но и с утешителем-психологом» [3, с. 13]. Утешение и снятие тревоги можно выразить следующими фразами: Ничего страшного (не случилось) // Не переживайте // Сейчас мы Вас полечим и станет лучше // Успокойтесь, сейчас сделаем укол и пройдет [1, с. 8]. Здесь можно отметить частое использование повелительного наклонения (для выражения мягкой просьбы или совета) и местоимения «мы» вместо «я». Скорее всего, это делается с целью психологически подчеркнуть, что врач находится на стороне пациента, и они вместе борются с его недугом.

Также следует избегать шуток и двусмысленности, так как в стрессовой ситуации это может иметь непредсказуемые последствия и подорвать доверие к врачу, что усложнит оказание неотложной помощи: Принеси дефик (= дефибрилятор) // Поедем с музыкой (= с сиреной и мигалками).

Эффективной коммуникации между врачом и пациентом мешает лексико-семантический барьер, то есть «нарушения, связанные с существенным различием в словарном запасе и использовании слов, с различным пониманием значения слов» [4, с. 44]. Другими словами, люди разного возраста, различных профессий, вероисповеданий, культур или социального положения используют различную лексику. Для врача скорой медицинской помощи особенно актуально суметь преодолеть такой барьер. Он обязан владеть психологическими приемами общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с разными людьми. Например, возьмем группу больных пожилого возраста. Они могут описывать местонахождение боли следующими выражениями: Боль в ямке (= в области желудка) // Жабда душит, на грудь давит (= стенокардия). Кроме того, их речь изобилует устаревшими фразами (Сходил на двор = Сходил в туалет).

По приезду на вызов бригада скорой помощи может столкнуться с агрессивным, недоброжелательным и скептическим поведением самого больного или его родственников и окружающих. Это может привести к возникновению конфликтов, что также накладывает отпечаток на коммуникацию между врачом и пациентом. Конфликты бывают реалистические и нереалистические.

- «Реалистические конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.
- Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью» [2].

Первый вид конфликта часто связан с тем, что пациент ожидает одно, а врач действует по-другому, то есть ожидание и реальность не совпадают. Поводом к этому может быть все что угодно: неправильное представление о должном поведении медицинского персонала скорой помощи (пресловутое выражение на пороге квартиры: Куда же Вы без бахил? // Наденьте бахилы), о проведении лечения или реанимации, да даже просто длительное ожидание приезда бригады. Второй конфликт характеризуется предвзятостью пациента по отношению к медицинской службе вообще.

Если окружающие пациента люди дают врачу скорой советы или критикуют его действия, лучше им не отвечать и не вступать с ними в пререкания [5, с. 23]. Они могут тоже находиться в состоянии стресса и вести себя неадекватно. Часто встречаются пациенты или их родные с медицинским образованием (нередко в другой области), которые бывают не согласны с предложенной схемой лечения и пытаются повлиять на врача скорой помощи (Не делайте ему этот укол // Ничего ему не делайте, везите в больницу // Вы его лечите неправильно). Конечно, врач должен сохранять самообладание, по возможности постараться переубедить своего оппонента, но, к сожалению, эти меры не всегда эффективны.

Таким образом, владение различными коммуникативными и психологическими приемами представляет большую актуальность для врача скорой медицинской помощи. Это помогает ему быстро установить контакт с пациентом, эффективно оказать неотложную помощь и даже спасти человеку жизнь.

Литература

1. Барсукова М. И., Ремпель Е. А. Реализация речевых тактик утешения, сочувствия и поддержки в профессиональной коммуникации врача // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос.мед. ун-та, 2018. — С. 7–13.
2. Болучевская В. В., Павлюкова А. И., Сергеева Н. В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн, 2011. — № 3. — Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 03.03.2019).
3. Виноградова Е. В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношение «врач-пациент» // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос.мед. ун-та, 2016. — С. 12–18.
4. Орлова Е. В. Языковые барьеры при общении врача и пациента // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 41–47.
5. Шелехов К.К. Фельдшер скорой помощи / К.К. Шелехов, Э.В. Смоленева, Л.А. Степанова; под ред. Б.В. Кабарухина. — Изд. 7-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2009. — 477 с.

М. К. Короленко, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО и ординатуры, врач акушер-гинеколог

А. Ю. Жукова, врач-офтальмолог

ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь,
Российская Федерация

Ю.И. Сорокин, канд. тех. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет,
Тверь, Российская Федерация

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Nowadays, the term «patient-oriented» is increasingly spread in the medical literature. It means certain favorable conditions for the implementation of the therapeutic process for the patient. The article deals with the main points related to the introduction of patient-centered care in Russian medical practice. The first is the need to know the opinion of patients. The second fundamental principle of patient-centered care is the relationship between health care institutions and their patients. Unfortunately, at present, many factors in Russia limit the use of the patient-oriented approach. But it is this approach that can help evaluate the work of the doctors and make our medicine more effective.

Key words: patient-centered care, patient satisfaction, patient's opinion, doctor — patient relationship.

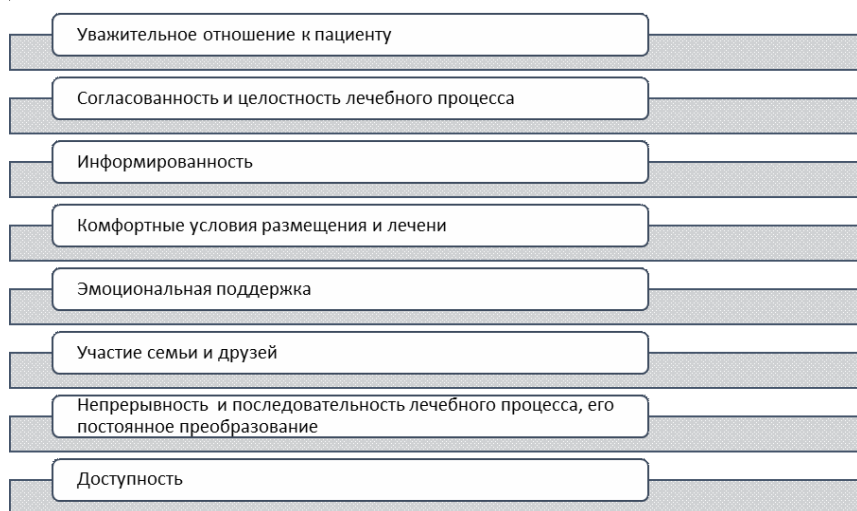
Ключевые слова: пациентоориентированность, удовлетворенность пациента, мнение пациента, отношения «врач — пациент».

Эффективная коммуникация «врач — пациент» является одним из ключевых моментов понимания пациентоориентированного подхода, который является одним из приоритетных направлений в современной системе здравоохранения.

В настоящее время в литературе все чаще можно встретить термин пациентоориентированность [4]. Существуют многочисленные определения этого термина. Приведем одно из определений «пациентоориентированности», которое на наш взгляд является достаточно полным: пациентоориентированность — это инновационный подход к планированию, осуществлению и оценке медико-санитар-

ной помощи, которая основана на взаимовыгодных благоприятных партнерских отношениях между поставщиками медицинских услуг, пациентами и их семьями [2].

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. Это исследование выявило восемь аспектов пациентоориентированности [3]:



Как видно из данной схемы, под пациентоориентированностью понимаются определенные благоприятные условия осуществления лечебного процесса для пациента, уважительное и гуманное отношение к пациенту со стороны медицинского и обслуживающего персонала [5, с. 186]. Но, прежде всего, пациентоориентированность подразумевает умение медицинского работника выстраивать партнерские отношения с пациентами [2].

Отметим основные моменты, связанные с внедрением пациентоориентированности на практике и рассмотрим, что же мешает воплощению столь необходимого подхода.

Первый шаг в реализации пациентоориентированности — это необходимость знать мнение пациентов. Нужно просить пациентов оценить оказываемую им медико-санитарную помощь. Руководство

больницы часто считает, что оно знает все о своих пациентах и их лечении, но оно просто не в состоянии точно оценить отношение самих пациентов к лечению, что для них важно, насколько хорошо им оказывают помощь, какие факторы повлияли на результаты лечения. Необходимо перейти от подхода «что у вас (случилось)?» к подходу «что для вас (важно)». При пациентоориентированном подходе врачи должны постоянно отслеживать потребности пациентов и их удовлетворенность медицинской помощью.

Второй фундаментальный принцип пациентоориентированного лечения пациента касается взаимоотношений между учреждениями здравоохранения и их пациентами.

В самом деле, отношения между пациентом и лечащим врачом определяют в значительной степени результаты лечения и удовлетворенность пациента этим лечением. Эта связь чрезвычайно важна. Кроме эффективного лечения высокопрофессиональными специалистами (что должно осуществляться априори), пациенты, прежде всего, ожидают более личного отношения врача, плодотворного общения и эмпатии.

Таким образом, пациентоориентированный подход зависит от эффективного общения, соперничества и чувства партнерства между врачом и пациентом. Это позволит повысить уровень удовлетворенности пациента и, как следствие, улучшить результаты лечения. Врачи могут помочь своим пациентам стать более сговорчивыми и активными в лечении своих заболеваний. А пациенты чувствуют себя более удовлетворёнными этой заботой. Это все достигается при одновременном снижении потребности в дорогостоящих препаратах, анализах, направлениях и госпитализациях. Этот низкотехнологичный гуманистический подход к медицине должен сочетаться с возможностью использования высоких технологий медицины, когда это необходимо, но не в качестве замены фундаментальной связи между пациентом и врачом. Во многих случаях это лекарство от того, что беспокоит нашу систему здравоохранения.

К сожалению, в настоящее время многие факторы ограничивают использование пациентоориентированного подхода. И прежде всего, это модели оплаты труда врачей.

Врачи первичного звена медицинской помощи государственных поликлиник низко оплачиваются; и, конечно же, заработная плата

никоим образом не коррелирует с уровнем отношения к пациентам. Как правило, на практике лечащий врач стремится увеличить количество обслуженных пациентов, сокращая время, затрачиваемое на отдельного пациента. Торопящиеся, постоянно находящиеся в стрессовых условиях врачи назначают многочисленные анализы, выписывают направления или лекарства в попытке успокоить пациентов и вызвать иллюзию высокого качества медицинской помощи.

Врачи первичного звена медицинской помощи, которые работают в платных клиниках, ценятся за количество пациентов, которое они приводят за собой в частную клинику, а не за фактическое лечение, которое они назначают своим пациентам. Даже среди лучших клиник, результаты фактического лечения, как правило, вторичны по отношению к объему осмотренных пациентов, выписанных на направления, лабораторных анализов и дорогостоящих методов лечения. Многие частные клиники привязывают зарплаты врачей к показателям выручки. О. Волкова в своей статье на сайте РБК приводит следующие данные: 45% компаний увязывают вознаграждение своим медицинским работникам с выручкой — выполнением плана, ростом числа страховых пациентов, повышением объема фактически оказанных услуг. Шкала выплат врачам часто прогрессивная и привязана к сумме чека. Остальные 55% участников опроса сказали, что основная задача врача — эффективное лечение пациента, то есть назвали привязку оплаты к выручке клиники отрицательной практикой [1].

Привязывать зарплату к выручке фирмы — значит стимулировать врача на выписку зачастую ненужных направлений на анализы, диагностические и лечебные процедуры, сокращать время приема пациентов. Следовательно, то, от чего клиники получают финансовое вознаграждение, является результатом более низкого качества оказания медицинской помощи.

Врачи стационаров часто тоже работают вопреки принципу пациентоориентированности. Они не имеют долгосрочных отношений с пациентами, которых они лечат, они обеспечивают надлежащее лечение только в критические моменты жизни пациентов. Для них явной целью является сокращения койко-дней, проведенных пациентом в больнице. Очень часто они прописывают самые дешевые лекарства и методы исследования. Это, безусловно, финансово вы-

годно для больниц. Но на самом деле, это шаг не в сторону пациентоориентированности, а в сторону медицины, ориентированной на больницы или систему здравоохранения, которая ставит свои институциональные потребности выше потребностей пациентов, для которых существуют такие системы.

Проблема всех моделей оплаты врачебного труда заключается в том, что работа врача состоит из набора задач, которые сложно измерить объективно.

И перед обществом встает сложный вопрос — как оценить и измерить работу врача? Количеством принятых пациентов, количеством выписанных анализов или обследований? Количеством вылеченных пациентов (что не всегда подвластно врачу)? Экономией средств? Прибылью?

Возможно, именно пациентоориентированность, как основной подход в медицине, может дать ответ на этот вопрос. Четко прописанные принципы этого подхода и, вероятно, обязательное анкетирование пациентов на предмет воплощения этих принципов в реальность может помочь оценить работу врача и сделать медицину более эффективной.

Литература

1. Волкова О. Больные деньги: как прибавки к зарплатам врачей вредят медицине // РБК. Экономика. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rbc.ru/economics/11/11/2015/564349dd9a79476afcc39144> (дата обращения: 12.10.2017).
2. Жукова А. Ю., Соколова А. Ю. Эффективная коммуникация «врач-пациент» как основа пациентоориентированности // Материалы 5-й международной научно-практической конференции. — Медицинский дискурс: вопросы теории и практики — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос.мед. ун-та, 2017. — С. 89–94.
3. Соколова А. Ю., Сорокин Ю.И. К вопросу об изменении роли преподавателя в современном образовательном процессе // Партнерство бизнеса и образования в инновационном развитии региона. Сборник научных трудов XIII международной научно-практической конференции. — Тверь: МЭСИ, 2014. — С.364–369.
4. Соколова А.Ю., Сорокин Ю.И. Об особенностях непрерывного обучения людей среднего и старшего возраста // Научное мнение: научный журнал /Санкт-Петербургский университетский консорциум. — СПб. — №3, 2011. — С.86–89.

5. Страхов М. А. , Гавриленко Н. Г., Борисова С. С. Трансформация профессиональной медицинской речи как феномен «медикализации» современного языка // Материалы 4-й международной научно-практической конференции. — Медицинский дискурс: вопросы теории и практики — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос.мед. ун-та, 2016. — С. 181-187.

Д. А. Максимов, заведующий отделением, аспирант

Тверской Областной Клинический Онкологический Диспансер,
Тверь, Российская Федерация

А. В. Асеев, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой

О. О. Сулейманова, студент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

ПРОБЛЕМЫ ПОНИМАНИЯ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТКАМИ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

The article discusses problems of information interpretation by breast cancer patients depending on their social status.

Key words: breast cancer, surgical treatment, rehabilitation, psychosomatic status.

Ключевые слова: рак молочной железы, хирургическое лечение, реабилитация, психосоматический статус.

Повсеместный рост заболеваемости и в ряде стран смертности от рака молочной железы ставит эту проблему в ряд наиболее важных, требующих пристального внимания со стороны широкого круга врачей. Среди всех онкологических заболеваний он занимает лидирующие позиции. Согласно статистике, более 1,5 млн. женщин по всему миру страдают от этой патологии, примерно 400 тыс. случаев заканчиваются трагическим исходом. Статистика рака молочной железы довольно пугающая. Распространенность патологии высока практически во всех развитых странах. Максимальные значения заболеваемости зарегистрированы в Австралии, Швейцарии, минимальные — в Китае и Японии. Россия занимает промежуточное положение.

Одной из наиболее сложных и важных задач является объяснить пациенту болезнь в правильном контексте, дать надежду и быть доступным, компетентным. Особое значение имеет грамотный психологический подход к больному уже на первом этапе контакта врача и пациента. В основе успешного решения проблемы психологической

коррекции ведущая роль принадлежит врачу-онкологу, обладающему высокими личностными и профессиональными качествами. Во время общения с пациентом врач должен избегать использования сложной, непонятной больному терминологии (Core-биопсия, иммуногистохимия, остеосцинтиграфия). Это может вызвать недопонимание и недоверие у пациента, хотя пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, могут хорошо владеть соответствующей узкоспециальной терминологией [7, с. 41]. О своем состоянии пациент должен быть максимально проинформирован, но таким образом, чтобы он мог это понять. Врач задает вопросы, все ли пациенту понятно относительно диагноза, режима дозирования лекарственных препаратов, остались ли какие-то дополнительные вопросы.

Цель исследования – определить тактику общения и донесения медицинской информации пациенткам различного социального профиля и муниципального статуса для достижения доверия и сотрудничества с врачом.

За 2017-18 гг. в ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер» в отделении патологии молочной железы было госпитализировано 616 человек с верифицированным диагнозом «рак молочной железы IA – IV стадии». Городских жителей было 250 (40, 58%), сельских жителей из Тверской области – 366 (59,41 %).

Группа А – городские жители – 250 женщин (40, 58 %). Средний возраст (СВ) составил 61,5 лет.

- I стадия – 98 пациенток (39,2 %), СВ – 53,7; люминальный А подтип (37,8 %, n = 37), люминальный В (44,9 %, n = 44), базальноподобный (10,2 %, n = 10) и HER2-позитивный (7,1 %, n = 7).
- II стадия – 113 пациентки (45,2 %), СВ – 68,4; люминальный А подтип (38,9 %, n = 44), люминальный В (42,5 %, n = 48), базальноподобный (10,6%, n = 12) и HER2-позитивный (8 %, n = 9).
- III стадия – 35 пациенток (14 %) СВ – 64,2; люминальный А подтип (31,4 %, n = 11), люминальный В (25,7 %, n = 9), базальноподобный (25,7 %, n = 9) и HER2-позитивный (17,2 %, n = 6).
- IV стадия – 4 пациенток (1,6 %), СВ – 59,7; люминальный А подтип (50 %, n = 2), люминальный В (25 %, n = 1), базальноподобный (25 %, n = 1)

Группа Б – сельские жители – 366 женщин (59,42 %). Средний возраст (СВ) составил 57,1.

- I стадия – 131 пациентка (35,8 %), СВ – 55,8; люминальный А подтип (n = 47), люминальный В (n = 44), базальноподобный (n = 27) и HER2-позитивный (n = 13).
- II стадия – 152 пациентки (41,5%), СВ – 56,9; люминальный А подтип (40,8 %, n = 62), люминальный В (34,9 %, n = 53), базальноподобный (13,8 %, n = 21) и HER2-позитивный (10,5 %, n = 16).
- III стадия – 78 пациентки (21,3%), СВ – 57,2; люминальный А подтип (44,9 %, n = 35), люминальный В (26,9 %, n = 21), базальноподобный (24,4 %, n = 19) и HER2-позитивный (3,8 %, n = 3).
- IV стадия – 5 пациенток (1,4 %), СВ – 58,3; люминальный А подтип (40 %, n = 2), люминальный В (20 %, n = 1), базальноподобный (20%, n = 1) и HER2-позитивный (20 %, n = 1).

Обследуемым был предложен тест, составленный и разработанный сотрудниками Тверского онкодиспансера. Он включал в себя следующие вопросы:

1. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «ультразвуковое исследование»?
2. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «маммография»?
3. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «core-биопсия»?
4. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «остеосцинтиграфия»?
5. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие радикальная «мастэктомия»?
6. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «радикальная резекция»?
7. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «онкопластическая радикальная резекция»?
8. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «неoadъювантная химиотерапия»?
9. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «адъювантная химиотерапия»?
10. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «таргетная терапия»?
11. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «дистанционное гамма-облучение»?

12. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «лечебный патоморфоз»?
13. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «локорегиональные рецидивы»?
14. Понимаете ли Вы, что включает в себя понятие «гормонотерапия»?
15. Понимаете ли Вы, что включает в себя определение «иммуногистохимическое исследование»?

Для подсчета результатов, была определена шкала, где каждый вопрос, на который был получен ответ, приравнивался к одному баллу.

№	Набранные баллы	Характеристика
1.	10–15	Понимание терминов доктора
2.	5–9	Недопонимание терминов доктора
3.	0–4	Отсутствие понимания терминов доктора

В ходе исследования было выявлено, что в группе А, пациенты которые живут в городе, понимают термины врача 66 пациенток, что составило 26,4 %. Пациентки, которые ориентируются в своем заболевании и методах диагностики, но недопонимают незначительную терминологию — 131 (52,4 %). Пациентки, которым либо ничего не понятно, либо которые не хотят вникать в свое заболевание — 53 (21,2 %).

В группе Б исследования, пациенты которые живут на селе, понимают термины врача 63 пациенток, что составило 17,3 %. Пациентки, которые ориентируются в своем заболевании и методах диагностики, но недопонимают незначительную терминологию, — 114 (31,2 %). Пациентки, которым либо ничего не понятно, либо которые не хотят вникать в свое заболевание — 189 (51,5 %).

Большинство пациентов не знают, что включают в себя данные научные термины, вне зависимости от места жительства. Среди тех, кто указал, что понимает значение медицинской терминологии, были молодые и социально адаптированные, а также люди, у которых близкие люди работают в медицине. Для большинства пациентов важное значение при химиотерапии играли не схемы и названия препаратов, пути введения, а цвета химии (красная, белая, желтая, синяя), выпадут ли волосы или этого удастся избежать.

С учетом социального статуса, возраста, образования и стадии заболевания надо строить соответствующую методику общения с пациенткой и применять следующие методики:

- интерпретационная (убеждающий врач);
- совещательная (доверие и взаимное согласие);
- патерналистская (врач-опекун);
- комбинированная.

Для малообразованных людей больше подходит интерпретационная модель, для образованных людей, вникающих в суть проблем со здоровьем — совещательная модель. Патерналистская модель не применялась, так как предполагает нарушение прав пациента. Она используется исключительно в ситуациях, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях. Также необходимо уделять особое внимание пациентам пожилого и старческого возраста. Для них характерна психологическая доминанта возраста — «уходящая жизнь», «приближение смерти»; чувство тоски, одиночества; нарастающая беспомощность; возрастные изменения: снижение слуха, зрения, памяти, сужение интересов, повышенная обидчивость, ранимость, снижение возможности самообслуживания. Интерпретация болезни через возрастает, отсутствует мотивация к лечению и выздоровлению.

Все люди отличаются друг от друга не только генетически, но и психологически. Двух совершенно идентичных пациенток не бывает. Единого, универсального способа общения с онкологическим больным не существует. Имеет значение множество факторов, среди которых — психологические особенности, характер человека, социальный статус, возраст, юридические нюансы, религиозность человека или отсутствие таковой и ряд других факторов, поэтому общение надо строить с учетом своего опыта и психосоматического статуса пациента.

Литература

1. Арзыматова А. Б. Коррекция психологических нарушений при раке молочной железы [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук Арзыматова А.Б. [Вестник КРСУ Том 13 № 11.], 2013. — с. 3–5.
2. Асеев А. В. Качество жизни больных раком молочной железы [Монография] / Асеев А. В., Васютков В. Я. – Тверь: ТГМА, Каф. фак. хирургии с курсом онкологии, 1999. — 32–36 с.

3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина [Текст] / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Б. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 376 с.
4. Давыдов М. И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ 2014.— М.:Издательская группа РОНЦ, 2014. — 24 с.
5. Прусова Н. В., Пивоварова И. А. Ножкина Т. В. Общая психология: Учебное пособие для вузов. — М.: Экзамен, 2007. — 384 с.
6. Семиглазов В. Ф., Семиглазов В. В. Рак молочной железы. Биология, местное и системное лечение. — М.: Специальное Издательство Медицинских Книг, 2014. — 352с.
7. Гавриленко Н. Г., Бабчинская И. А., Рожкова М. А. Специальная терминология в речи врача и пациента // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й междунар. науч.-практ. и образов. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С. 38-43.

Д. А. Максимов, заведующий отделением, аспирант
Тверской Областной Клинический Онкологический Диспансер,
Тверь, Российская Федерация

А. В. Асеев, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой

О. О. Сулейманова, студент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

Е.А. Грабельникова, председатель

Тверская областная общественная организация помощи женщинам
с онкологическими заболеваниями «Все в твоих руках», Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ПАЦИЕНТ – ПАЦИЕНТ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НА ПРИМЕРЕ РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ

The article discusses the idea of peer consultants in the work of oncological units to help women who survived breast cancer.

Key words: breast cancer, peer consulting, rehabilitation, psychosomatic status.

Ключевые слова: рак молочной железы, равное консультирование, реабилитация, психосоматический статус.

Получив онкологический диагноз, женщина чувствует себя одинокой и отрезанной от мира. Бывает так, что жизнь в один миг переворачивается. Обстоятельства могут оглушить, парализовать, и тело становится ватным, собственный голос — словно чужим, а ноги и руки не слушаются. В таком состоянии женщины выходят из кабинета врача, узнав о своем онкологическом диагнозе. Куда они пойдут? Кто ответит на их вопросы? Кто поддержит и даст информацию? Люди с тяжелой болезнью часто чувствуют себя очень одиноко. Они смотрят по сторонам и видят здоровых (даже если на самом деле не все из них здоровы) людей, которым не нужно думать о борьбе за жизнь, ощущать реальность смерти. Поэтому так важна для каждого пациента возможность поговорить с человеком, пережившим сходный опыт. Хорошо, что есть те, кто прошел путь лечения раньше, смог справиться, принять себя в новых обстоятель-

ствах, научиться жить заново. Хорошо, что они хотят помочь тем, кто только что получил онкологический диагноз и начинает свой путь преодоления. Ведь именно в силах бывших пациенток стать равными консультантами (РК): встречать у двери врачебного кабинета, поддерживать, рассказывать о болезни, лечении, правах, делиться своим опытом.

Цель настоящей статьи — показать необходимость введения «равных консультантов» в рабочее русло онкологических диспансеров.

Особенности работы равных консультантов в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере заключаются в том, что приоритетным является групповое консультирование через «Школу пациента», которая проходит в отделении патологии молочной железы каждые две недели по четвергам. За время реализации этого проекта-исследования с мая 2018 по декабрь 2018 года в таких консультациях приняло участие 256 пациенток, вне зависимости от стадии, ИГХИ опухоли, возраста и социального статуса. Встречи проходят в холле отделения и длятся от 1,5 до 2-х часов. С февраля этого года открыта еще одна «точка доступа» для работы равных консультантов. Это отделение радиологии, где проходят лечение женщины с онкологическим диагнозом по гинекологии. Встречи проходят также по четвергам. Составлен график работы равных консультантов.

Равных консультантов, которые прошли два модуля обучения и получили сертификаты, на данный момент 6 человек. На первом модуле уже в 2019 году обучились 4 равных консультанта, им предстоит завершающий модуль. Для желающих проводятся индивидуальные консультации (один на один).

Спектр вопросов чрезвычайно широкий: восстановление после операции, питание во время химиотерапии, профилактика лимфедемы, выпадение волос, реконструкция молочной железы, как сказать ребенку о диагнозе, когда можно начинать заниматься спортом. Многие темы, интересующие пациенток, самые «житейские»: когда можно работать на огороде, можно ли париться в бане, когда можно ездить на юг и т.д. Для пациентов и их родственников подобные консультации — это возможность задать или еще раз обсудить волнующие их вопросы. Активисты, добровольцы и участники онкологического пациентского сообщества уже имеют опыт жизни с

диагнозом, и желание помогать и приводит их в равное консультирование. Для них РК — это возможность самореализации, РК позволяет им почувствовать себя востребованными, повысить собственную значимость.

Работа равных консультантов позволяет помочь ориентироваться в сложной жизненной ситуации пациенткам, выйти из состояния растерянности и замешательства, построить новый жизненный план с учетом лечения и жизненного опыта волонтера РК. Конфиденциальность подразумевает неразглашение сведений, в данном случае, сведений о пациентке и её диагнозе. Она обязательна для всех медицинских работников. В случае равного консультирования, консультант не является медицинским работником, поэтому дополнительным барьером для распространения информации является анонимность — пациентка на индивидуальной консультации вправе не называть свое имя или назваться вымышленным.

Врач зачастую расписывает лишь стратегию лечения, тогда как изменения, происходящие в жизни пациента, затрагивают разные сферы — отношения с родственниками, коллегами, работу, быт, организацию досуга и многое другое. Эти сферы находятся вне компетенций и должностных обязанностей доктора. В этой ситуации равный консультант становится человеком, на опыт и знания которого можно опереться. Равный консультант может провести с клиентом достаточно много времени для подробного разбора каждой ситуации и построения плана преодоления сложностей, связанных с лечением. Если пациентка сомневается в своем лечении, консультант может рекомендовать ей получить второе мнение у другого специалиста, но ни в коем случае не может давать заключение самостоятельно. Равный консультант может поделиться позитивным опытом лечения, выразить сочувствие и понимание. Но не может заменить специалиста врача-онколога.

Проект/исследование «равное консультирование» необходимо продолжать в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере. Наиболее эффективно работающей схемой при этом является сотрудничество ЛПУ с НКО и привлечением активистов из сообщества. Помогать и организовывать помощь — главная задача некоммерческих организаций, особенно если они работают в социальной сфере. Таким НКО у нас в городе и области является Тверс-

кая областная общественная организация помощи женщинам с онкологическими заболеваниями «Всё в твоих руках», созданная по инициативе пациенток с диагнозом РМЖ в 2011 году. В своей работе НКО постоянно опирается на добровольцев и активистов. Поэтому они являются связующим звеном между пациентским сообществом и лечебным учреждением, у них более гибкие и менее регламентированные подходы к работе, нет бюрократизма, с которым пациентки могут столкнуться в государственных учреждениях.

С. А. Масюков, врач-ревматолог

ООО «Клиника Эксперт Тверь», Тверь, Российская Федерация

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

The article discusses how to communicate with the patient with chronic diseases of the musculoskeletal system. Compliance and adherence may be achieved if basic rules of communication have been met. This requires special communication skills from the doctor.

Key words: chronic disease, bad news, difficult conversation, compliance, adherence.

Ключевые слова: хронические заболевания, плохая новость, сложная беседа, комплаенс, приверженность.

Хронические заболевания опорно-двигательного аппарата нередко сопряжены с возникновением серьезных осложнений, отрицательно влияющих на качество жизни человека. Для успешного лечения этой группы заболеваний необходимо установление доверительного контакта между пациентом и лечащим врачом, поскольку специфика патологии требует продолжительной консультативной поддержки, а порой и постоянного ведения больного.

Какие коммуникативные особенности следует учесть в общении с пациентом, обратившимся к врачу-ревматологу по поводу «болей в суставах». Предъявляемая жалоба взята в кавычки, так как на момент первичного диалога, исходя из жалоб и анамнеза, не всегда можно дифференцировать артралгию и эксраартикулярную боль. Кроме непосредственно артропатии любой этиологии, жалобы на «боль в суставах» могут быть вызваны острым или хроническим повреждением околосуставного мягкотканного аппарата (тендиниты, теносinovиты, энтезиты), околосуставным повреждением костных структур (острые травмы в виде краевых переломов, а также хронические травмы с вовлечением костно-периостальной реакции — тро-

хантериты, эпикондилиты, стилоидиты, воспаление бугристости большеберцовой кости). С жалобами на «боли в суставах» могут обратиться пациенты с явлениями компрессии спинномозговых нервов. Только в ходе активного расспроса с последующим лабораторным и инструментальным обследованием может быть поставлен диагноз хронического заболевания опорно-двигательного аппарата.

Следует иметь в виду, что обращению к ревматологу обычно предшествует продолжительный период болевых ощущений, для описания которых пациенту бывает трудно подобрать подходящие языковые средства. Метафора боли у таких больных очень выразительна, но неточна: проявляется склонность называть не область боли, а предполагаемый источник. Зачастую предъясняются жалобы по схеме, почерпнутой из Интернета. Типична, особенно для пациенток, аггравация боли.

Для некоторых пациентов боль стала частью их жизни. Однако, имея опыт повторных спонтанных ремиссий, они надеются получить панацею от мучающего их заболевания в виде курса лечения, который положит конец страданиям. На деле реальность может оказаться иной в виде сообщения о хронической форме заболевания, требующей постоянной терапии, направленной не на полное излечение, а на предупреждение прогрессирования недуга.

Врач-ревматолог должен быть готов к тому, что реакция на подтвержденный диагноз заболевания, разъяснение его специфики, прогноза и необходимых для облегчения состояния мер может быть различной: от явного расстройства из-за осознания жизненной перспективы до полного неприятия. Вид реакции зависит от возраста и пола пациента, а также его характерологических особенностей: темперамента, силы воли, жизненных установок, воспитания и так далее.

Необходимо иметь в виду, что с точки зрения теории коммуникации, сообщение диагноза хронического заболевания и перспективы длительной (пожизненной терапии) относится к разряду «плохих новостей». Пациент декодирует полученную от врача информацию в ключе экзистенциального поворота. В этот момент для него не столь важно, что представляет собой обозначенная врачом проблема с медицинской точки зрения. Для пациента доминантно то, как это скажется на выработанном годами стиле и образе жизни. Человек, который ощущал себя раньше, с определенными оговор-

ками, абсолютно или условно здоровым, должен принять факт, что он хронически болен. На этом этапе обсуждать медицинскую сторону проблемы непросто, поэтому ревматические заболевания относятся к разряду «сложно обсуждаемых болезней».

Естественно, имеется существенная разница в восприятии и переработке негативной информации. Врач-ревматолог должен учитывать, что «сообщение плохой новости» означает для ряда пациентов, особенно в активном работоспособном возрасте, кризис идентичности. Пациенту требуется время для принятия диагноза и постепенного поиска своей новой идентичности. Это может быть связано с необходимостью пересмотра и изменения ежедневных привычек и выработкой настроев на постоянное медикаментозное поддержание состояния здоровья.

У ряда пациентов изначально может наблюдаться полное нежелание осознать необходимость постоянного лечения. Они не приемлют никаких ограничений, не осознавая всю серьезность заболевания. В таком случае важно, чтобы заболевший сжился с фактом выявленного хронического недуга. Только тогда он сможет «впустить» болезнь в свою жизнь и прислушаться к врачу в плане соблюдения рекомендаций.

Это не происходит сразу. Необходимо дать пациенту время для осознания диагноза заболевания и его последствий. Если для одного пациента достаточно терпеливо и спокойно ответить на все появляющиеся у него вопросы, то с другим пациентом может возникнуть необходимость согласования последующих консультаций с целью назначения терапевтических мероприятий. Врачи — специалисты по постановке диагноза и медицинской информации, и готовы говорить об этом. Напротив, пациенты — эксперты в своем субъективном переживании нездоровья, и готовы говорить только об этом. Для того чтобы состоялся диагностико-терапевтический разговор, необходимо учитывать оба аспекта [3].

Конечно, непросто проводить лечение, когда заболевший не хочет изменять привычки и/или опасается медикаментозных назначений. Здесь возможны разные сценарии, в зависимости от того, на какой коммуникативный стиль лучше отзывается пациент. Биомедицинский стиль с преобладанием закрытых вопросов, отсутствием в обсуждении психосоциальных аспектов и передачей инициа-

тивы врачу при принятии терапевтических решений. Или пациент-ориентированный стиль с проявлением понимания чувств, тревожащих пациента, эмпатии, готовности к совместному преодолению проблемы.

Согласно собственным эмпирическим наблюдениям, больше половины пациентов с хроническими суставными заболеваниями предпочитают директивный патерналистский стиль, что отличается от статистических данных, приводимых в зарубежных работах, исследовавших проблему выбора коммуникативной модели при хронических заболеваниях. Согласно приводимым примерам, касающимся разных хронических заболеваний, сторонниками патерналистского директивного стиля является 30–40 % пациентов [4]. По их мнению, биомедицинский стиль ведения разговора свидетельствует о компетентности врача, а партисипативный, то есть, предполагающий соучастие пациента в принятии терапевтического решения — о неуверенности доктора и отсутствии у него ясного плана лечения [5]. Следует, однако, отметить, что биомедицинский стиль общения не исключает характеристик, которые приписываются пациент-ориентированной модели: понятности даваемых врачом разъяснений, достаточности объема информации, проявления эмоций. Опытный наблюдательный врач будет использовать комбинацию приемов в зависимости от того, к какому стилю ведения беседы проявляет склонность пациент.

Примечательно, что у пациентов с различными биологическими (возраст, пол, национальность) и социокультурными (образовательный и материальный статус) характеристиками можно отметить разницу в отношении к моделям коммуникации. Пациентки и пациенты более молодого возраста, с диагнозом хронического заболевания, лучше откликаются на стиль, предполагающий диалогическое сотрудничество с врачом. Та же тенденция наблюдается и у пациентов с более высоким образовательным уровнем. Что касается больных средней и старшей возрастных групп, то женщины в большей степени, чем мужчины, проявляют склонность к обсуждению проблематики заболевания и лечения. Сделанные нами наблюдения соответствуют статистическим данным, приводимым в зарубежных источниках [4, 5]. Конечно, они не имеют абсолютного характера. В рамках одной группы со схожими характеристиками

могут отмечаться варианты отношения к коммуникативному стилю ведения врачебного приема.

Если при озвучивании диагноза хронического заболевания пациент не готов принять негативную новость и необходимость постоянной терапии, нужно подвести его к этому, объяснив, что течение заболевания можно успешно корректировать. Давая безоценочную и не пугающую пациента информацию, следует разъяснить, какие риски могут возникнуть при отсутствии лечения. В ходе диалога пациенту должна подспудно внушаться мысль, что при поддержке врача он сам может и должен себе помочь.

Однако если у пациента сохраняется отрицательный настрой, необходимо выяснить, что мешает ему серьезно отнестись к лечению. При этом следует обратить внимание, называются ли конкретные аргументы или слово «нет» является выражением страха, сомнения в целесообразности самоограничений и лечения. Здесь также помогают открытые вопросы, допускающие любой ответ. Если пациент склоняется к мысли, что заболевание необходимо обязательно контролировать и лечить, необходимо на понятном ему языке дать конкретные четкие рекомендации по всем направлениям терапии: медикаментозной, двигательной. При хроническом заболевании биопсихосоциального характера, к каким относятся заболевания опорно-двигательного аппарата, для достижения успеха чрезвычайно важно беседовать с пациентом в стиле «самостоятельного принятия решения», не диктуя ему что-либо аподиктически.

При назначении лекарственного препарата необходимо дать краткое объяснение его действия, особо останавливаясь на том, что возможны побочные действия, при появлении которых препарат можно заменить. Следует остановиться на необходимости регулярности приема, подчеркивая, что улучшение состояния само по себе не наступит и достижение терапевтического эффекта возможно только при длительном приеме. Также необходимо запрограммировать и обговорить вероятность наступления рецидивов.

Однако, как показывает практика, достигнутая в ходе бесед с врачом адгерентность пациента, то есть принятое им решение и высказанная готовность проводить терапию, не гарантирует успеха. Согласно имеющимся данным, при установлении диагноза иммуновоспалительного заболевания, требующего пожизненной тера-

пии (РА, ПсА, СКВ, АС), большая часть больных при достижении ремиссии, хотя бы однократно, пробует самостоятельно отменить назначенное им лечение, что приводит к закономерному обострению процесса, иногда более агрессивному, нежели течение заболевания в его дебюте, что делает необходимость разъяснения «неотменяемости» терапии одной из важных задач лечащего врача.

Касательно подагрического артрита, заболевания с приступным характером течения и, зачастую, с полным отсутствием симптоматики в межприступный период, следует отметить, что период без обострений может восприниматься пациентом как период «здоровья». То есть, пациент не воспринимает себя хроническим больным и не осознает тот факт, что необратимое поражение как опорно-двигательного аппарата, так и функции почек развивается и в межприступный период. Зачастую к вопросам выполнения врачебных рекомендаций ответственно подходят пациенты не раньше 5–7-го года развития заболевания, когда у них отмечается течение процесса, характеризующее непрерывной последовательностью приступов различной локализации. Нередко после достижения ремиссии со стороны больных следует отказ от принимаемой терапии и при указанном течение процесса.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что беседа с пациентами, которым поставлен диагноз хронического заболевания, характеризующего биопсихосоциальной моделью, имеет качественные отличия. Она требует особого доверия со стороны пациента для выработки мотивации к изменению образа жизни и привычек. Тем более что успех лечения не ощущается непосредственно, положительные стороны от изменения образа жизни не сказываются сразу, отказ от многих привычных вещей воспринимается как снижение качества жизни, а возможные побочные действия медикаментозной терапии способны привести к отказу от лечения. Поэтому к коммуникативным навыкам врача-ревматолога предъявляются повышенные требования, позволяющие поддержать у пациента готовность по доброй воле выполнять назначения врача.

Литература

1. Вольская Е. А. Фармионика. Концепция пациентского комплаенса // Ремедиум Приволжья. – № 1(121), 2014. – С. 1–5.

2. Рябцева Л. Ф. Изучение приверженности лечению больных хроническими заболеваниями на модели ревматоидного артрита: автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. — Челябинск, 2009.
3. Geisler L. Arzt-und Patient-Begegnung im Gespraech. — Frankfurt am Main: Pharma-Verlag, 1992. — 394 p.
4. Swenson S. L. Patient-centered communication. Do patients really prefer it // J of General Internal Medicine, 2004. — 19 — P. 1069–1079.
5. Swenson S. L., Zettler P., Lo B. Patient experiences of biomedical and patient-centered communication. Patient Education&Counseling, 2006. — 61 (2) — P.200–211.

УДК 616.61-02:615.276]-071.1

О. Б. Поселюгина, д-р мед. наук, профессор

Е. В. Караева, канд. мед. наук, доцент

А. В. Соловьева канд. мед. наук, зав. кафедрой

Л. Н. Коричкина, д-р мед. наук, профессор

Л. Н. Аль-Гальбан, студент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ: БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ – ОСНОВА ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

The article gives the concept of analgesic nephropathy, its prevalence, direct nephrotoxic effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs. It is shown that the correct collection of anamnestic data on the history of the patient's disease allows timely, before the development of chronic renal failure, diagnosis and thereby improvement of the prognosis of the disease.

Key words: analgesic nephropathy, kidneys, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Ключевые слова: анальгетическая нефропатия, почки, нестероидные противовоспалительные средства.

В настоящее время в медицине существует огромное количество состояний, проявляющихся развитием болевого синдрома и требующих применения обезболивающих препаратов. К сожалению, о большинстве препаратов из этой группы пациенты узнают из средств массовой информации, а не от врача. При этом они не задумываются, что у каждого такого лекарства, помимо обезболивающего действия, есть множество побочных эффектов, о которых реклама, по обыкновению, не предупреждает. Зачастую, пациент, приняв обезболивающий препарат, а чаще всего это представитель группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), получает необходимый эффект. Этот факт значительно тормозит его обращение к врачу, что приводит к нивелированию симптомов заболевания, и, как следствие, «запускает болезнь».

Таким образом, систематическое употребление препаратов группы НПВС может не только замедлить диагностику болезни, сопро-

вождающейся возникновением боли, но и привести к поражению почек, которое получило название анальгетической нефропатии (АН).

Под АН понимают развитие хронического лекарственного тубулоинтерстициального нефрита, вследствие приема обезболивающих препаратов из группы НПВС [1, с. 81–82]. Частота встречаемости АН напрямую связана с популярностью анальгетиков. По данным вскрытий, она колеблется во всем мире от 0,1 до 4 %, причем наибольшее распространение она получила в Австралии — от 3,6 до 20 % [2, с.239–244]. Пациенты, страдающие анальгетической нефропатией, составляют 3,1 % от всех больных, находящихся на лечении гемодиализом или перенесших трансплантацию почки, в Европе и 20 % в Австралии. Женщины болеют в 6 раз чаще мужчин, что обусловлено употреблением НПВС в период менструаций, мигреней. Длительный прием НПВС, особенно фенацетина около 1 г вещества в сутки на протяжении 1–3 лет или суммарная доза более 2-х кг, приводит к поражению почек. Препараты группы НПВС, имеющих сочетание с кофеином и кодеином, вызывают более быстрое нарушение функции почек [3, с. 47–49]. Входящий в состав комбинированных анальгетиков аспирин усугубляет повреждение почек. Негативное влияние этой группы анальгетиков на почки связывают с развитием прямого нефротоксического действия, что в конечном итоге приводит к изменению метаболизма и микроциркуляции интерстиция, с последующим развитием атрофии и нарушением почечной функции, которая снижается через 7–15 лет после начала регулярного приема НПВС [4, с. 33]. Течение АН часто осложняется инфекцией мочевых путей, мочекаменной болезнью, нефрокальцинозом, костными изменениями. Одним из грозных осложнений данной нефропатии является карцинома мочевого тракта, которая может развиться у больных спустя много лет после прекращения приема анальгетиков [3, с.48].

На протяжении длительного периода времени клинические проявления АН могут отсутствовать. О поражении почек могут свидетельствовать лишь изменения в анализах мочи. Клинические проявления заболевания могут появляться лишь с развитием хронической почечной недостаточности, поэтому беседа с больным приобретает первостепенное значение в диагностике АН [5, с. 423]. Для пациента с лабораторными признаками АН, связь приема НПВС с поражением

почек совсем не очевидна, поэтому очень важна осведомленность о данной патологии врачей первичного звена, терапевтов. Особое внимание при сборе истории заболевания врач должен уделить количеству принимаемых анальгетиков, причине их использования и длительности. Заподозрить наличие патологии можно в случае многолетнего систематического приема НПВС. Кроме того, при сборе медицинского анамнеза очень важно выявить внепочечные симптомы злоупотребления НПВС. Это могут быть боли в животе, слабость, бледность кожи и сердцебиение вследствие анемии. Истинные почечные симптомы начинают появляться у больных АН с развитием почечной недостаточности. Это может быть полиурия, никтурия, общая слабость, судороги, обусловленные электролитными нарушениями. Дополняют анамнестические данные лабораторные исследования мочи, в которых может выявляться микрогематурия, абактериальная лейкоцитурия и незначительная протеинурия. Ранним функциональным признаком патологии является снижение плотности мочи и изменения диуреза — гипостенурия и никтурия. Расчёт скорости клубочковой фильтрации показывает ее снижение. В клиническом анализе крови выявляют анемию, причем, ее степень превышает уровень поражения почек, что характерно для данной нефропатии. При проведении УЗИ почек могут выявляться уменьшенные размеры почек, на конечных этапах в лоханке или мочеточниках могут определяться конкременты. Допплерография отражает снижение скорости кровотока [1, с. 84–85].

Лечение АН на начальных стадиях поражения почек заключается в отмене НПВС. Очень важно убедить больного отказаться от этих препаратов. Этого может быть достаточно для восстановления работы почек. При длительном течении АН проводят терапию, направленную на нормализацию артериального давления, коррекцию анемии, электролитных нарушений, а также проводят терапию, направленную на торможение процессов прогрессирования хронической болезни почек [2, с.239–244].

Таким образом, грамотно проведенный сбор анамнестических данных пациента позволяет выявить АН на этапе бессимптомного периода, когда простая отмена НПВС делает прогноз при данной патологии благоприятным.

Литература

1. Балкаров И. М., Лебедева М. В., Щербак А. В., Мухин Н. А. Клиника. Диагностика и лечение хронического тубулоинтерстициального нефрита // Клиническая фармакология и терапия, 2000. — №9 (5). — С. 81–85.
2. Батюшин М. М., Дмитриева О., Терентьев В. П. Роль анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии интерстициальных поражений почек. Нефрология и Диализ, 2006. — №3. — С. 239–244.
3. Шилов Е., Андросова С. Лекарственные поражения почек // Врач, 2002. — №6. — С. 47–49.
4. Brater D. C. Anti-inflammatory agents and renal function.— Semin. Arthritis Rheum, 2002. — (32). — P. 33–42.
5. Plantinga L., Grubbs V., Sarkar U. et al. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Use among Persons with Chronic Kidney // Disease in the United States.— Ann Fam Med, 2011. — P. 423–430.

Л. Е. Смирнова, д-р мед. наук, зав. кафедрой

М. В. Яковлева, аспирант

Д. В. Алексеев, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СПОСОБЫ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

Adherence to the treatment of patients with arterial hypertension is the degree of compliance of the patient's behavior with the recommendations received from the doctor. Identifying the factors associated with adherence will make it possible to justify the implementation of a number of activities in order to increase the effectiveness of patient care. Allocating groups of patients with a high risk of low adherence in order to individualize therapeutic measures will allow to reach target blood pressure levels in a larger number of patients, reduce the incidence of the crisis of arterial hypertension, hospitalizations, emergency medical care, and reduce the risk of serious cardiovascular complications like myocardial infarction, stroke and mortality from them.

Key words: arterial hypertension, treatment adherence, interaction, factors.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к лечению, взаимодействие, факторы.

Артериальная гипертензия (АГ) является не только заболеванием, но и ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний, а также смерти, чем и определяется ее чрезвычайно высокая индивидуальная значимость для каждого человека с повышенным артериальным давлением (АД). Медико-социальное значение АГ связано с ее очень высокой распространенностью: по данным российских исследований около 40% взрослых имеют повышенное АД [2]. Несмотря на достигнутые в последние годы определённые успехи по ведению больных с АГ, сохраняется низкий процент эффективности их лечения, при этом контролируют АД на целевом уровне лишь 23,2 % пациентов [6].

Неудачи в лечении АГ в значительной степени связаны с невосприимчивостью пациентами врачебных рекомендаций. В этой свя-

зи большое значение приобретает комплаентность, приверженность к лечению, то есть степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. Согласно проведенным исследованиям, долгосрочная приверженность пациентов АГ к лечению составляет только 40 %. Проблема низкой приверженности к лечению активно обсуждается в литературе [5]. Она заключается в отсутствии должной мотивации к лечению, что проявляется в отказе от терапии, намеренном изменении доз и кратности приема лекарственных препаратов. Заболевание также накладывает отпечаток на приверженность к лечению. Так, неконтролируемая АГ обуславливает снижение когнитивных функций, прежде всего способности адекватно воспринимать и перерабатывать получаемую информацию, планировать свою дальнейшую деятельность, что может отразиться на выполнении рекомендаций.

Выявление факторов, ассоциированных с приверженностью пациентов к врачебным рекомендациям, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий с целью повышения эффективности лечения. Поэтому выделение групп пациентов с высоким риском низкой приверженности к лечению (для индивидуализации лечебных мероприятий) позволит достичь целевых уровней АД у большего количества пациентов, снизить частоту кризового течения АГ, госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, а также снизить риск развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт и смертности от них [1].

У больных АГ часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, беспокойство, подавленность; пациенты живут с постоянным тревожным опасением гипертонического криза или смерти, анализируют любые изменения в своем состоянии, реагируя на малейшие неприятные ощущения. Известно, что у больных АГ преобладают гипертимные черты характера, а их склонность к подавлению внешних форм поведения (агрессивности) в условиях конфликта препятствует открытому выражению несогласия с врачом. Поэтому таким больным проще отказаться от лечения, чем обсудить со специалистом и высказать свои пожелания в отношении терапии, что снижает приверженность к лечению.

Для оценки комплаентности могут использоваться специальные опросники, которые включают в себя вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приему лекар-

ственных средств и немедикаментозных методов лечения, а также вопросы общепсихологического характера. Эти вопросы касаются готовности больного к взаимодействию, ответственности, следованию советам; позволяют оценить финансовую готовность оплачивать лечение, медико-социальную адаптированность, информированность, коммуникабельность пациента, отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами, удовлетворенность режимом назначенной терапии, отсутствие склонности к медико-социальной изоляции, доверие к терапевтической стратегии лечащего врача, результативность проводимой или ранее проведенной терапии. Эффективный комплайнс предусматривает однонаправленные действия, как со стороны медиков, так и со стороны пациента.

Уровень комплаентности во многом определяется:

- *характером заболевания* (длительность, тяжесть, наличие клинических симптомов);
- *причинами, связанными с самим пациентом* (пол, возраст, уровень образования, уровень дохода, знания о болезни, навыки, психологический статус, мотивация к лечению);
- *профессионализмом врача* (знание методических рекомендаций, навыки профилактического консультирования);
- *взаимодействием пациента с врачом* (обстоятельства при визите, доступность помощи, качество и эффективность диалога, время визитов, отношение врача к больному и его болезни, адекватность предоставляемой больному информации, кратность визитов);
- *характером терапии* (количество лекарств, кратность приема, схема приема, побочные эффекты, длительность, низкая эффективность лекарственных препаратов; быстрое и чрезмерное снижение АД, сопровождающееся временным ухудшением самочувствия);
- *социально-экономическими факторами* (стоимость лекарств, стоимость визитов, особенности системы здравоохранения).

К факторам, повышающим приверженность пациентов к лечению, относят высокий уровень образования, более высокий доход, состояние в браке, высокий уровень культуры, женский пол, высокий исходный уровень АД, применение фиксированных комбинаций препаратов, использование низких доз, однократный суточный приём препаратов, использование длительно действующих препаратов, раннее использование комбинированной терапии, исполь-

зование эффективных дженериков (как более экономически выгодных). Повышение глобальной приверженности возможно при создании системы обучения пациентов и оптимизации контакта «врач — пациент». Следует отметить, что само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствуют его повышению.

Важная роль отводится диспансерному наблюдению. Данные клинических исследований показывают, что отмена гипотензивных средств происходит в 25 % случаев после 6 месяцев от начала приема. Поэтому необходимы более длительные и частые визиты к врачу пациентов в первые месяцы приема терапии. Данные по обучению пациентов в «Школах для больных» демонстрируют высокую эффективность обучения в отношении самоконтроля АД и соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни. Занятия существенно повышают комплаентность больных. Однако образовательные программы не всегда обеспечивают устойчивую мотивацию к выполнению рекомендаций по лечению. Для того чтобы повысить приверженность к лечению необходимо:

1. При любой возможности четко озвучивать цели лечения: объяснить пациенту о необходимости приема лекарственных препаратов.
2. Обращать внимание на образ жизни пациента: при наличии избыточной массы тела — корректировать пищевое поведение, при гиподинамии % настаивать на увеличении физических нагрузок.
3. Привлекать пациента к созданию плана лечения.
4. Обсуждать вероятность побочных эффектов от принимаемых лекарственных препаратов.
5. Назначать ретардные формы препаратов, что позволит сделать лечение более удобным.
6. Разъяснять пациенту необходимость ежедневного приёма лекарственных препаратов.
7. Давать рекомендации пациенту в виде инструкций, памяток.
8. Учитывать финансовые возможности пациента.

Одним из важных психологических факторов, влияющих на восприятие обучающих программ, является готовность к переменам в поведении. Процесс изменения поведения может быть описан спиральной моделью и проходит несколько последовательных стадий от

безразличия («это не моя проблема»), через размышление («я думаю, что надо начинать лечение»), подготовку («я решил начать прием лекарств с понедельника»), действие («я начал прием лекарств») к поддержанию («я регулярно в течение года принимаю лекарственные препараты для снижения давления»). На любой из стадий возможен рецидив (возврат к «неправильному» поведению). По данным литературных источников, независимо от патологии около 40 % лиц находятся в стадии безразличия, 40 % — в стадии размышления и только 20 % — в стадии подготовки [3]. Изучение внутренней картины болезни и поведения больного позволяет соотнести тактику ведения пациента с актуальной стадией его поведения и оптимизировать индивидуальный подход взаимодействия с ним.

Основополагающим звеном приверженности к лечению остается сам больной. В итоге лечения пациент на основе своего личного опыта, особенностей характера, наличия мотивации, руководствуясь внешними обстоятельствами, принимает решение. Однако не стоит перекладывать всю ответственность за низкий уровень комплаенса только на пациента. Следует учитывать, что психические факторы являются барьерами на пути улучшения приверженности к лечению у больных [4].

Таким образом, формирование высокой комплаентности у больных АГ является многофакторным и сложным процессом, важная роль в котором отводится совершенствованию лечения, в том числе, применению психотерапевтических и психофармакологических методов воздействия.

Литература

1. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатр. и психофармакотер, 2008. — Т.10, № 1. — С. 13–20.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития // Методические рекомендации / Под ред. С. А. Бойцова и А. Г. Чучалина, 2014 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gnicpm.ru>, <http://www.ropniz.ru> (дата обращения: 25.11.2018).
3. Каскаева Д. С. Оценка комплаентности больных артериальной гипертензией через 6 месяцев динамического наблюдения у работни-

ков железнодорожного транспорта / Д. С. Каскаева, М.М. Петрова, Е.Ю. Крылова // Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследований, 2015. — № 4–1. — С. 50–52.

4. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Беялова. — 9-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 352 с.
5. Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации / А. А. Шмонин [и др.] // Медицинская реабилитация, 2017. — №11. — С.20–27.
6. Трухан Д. И., Филимонов С. Н. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение: учебное пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. — 319 с.

3.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

УДК 614.253.8; 174.7; 159.923.32

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

С. М. Башилова, канд. филос. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

ЗНАЧЕНИЕ ДОВЕРИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ В ПРОЕКЦИИ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Annotation: The article reveals the phenomenon of trust through compliance with the bioethical rules of voluntary informed consent. Indicates the importance of trust between the doctor and the patient. Discusses problems in implementing the voluntary informed consent rule.

Key words: trust, autonomy, responsibility, consent, discourse

Ключевые слова: доверие, автономия, ответственность, согласие, дискурс

Многовековая традиция использования патерналистской модели взаимоотношения между врачом и пациентом, в которой главенствующую роль в принятии решения играл врач, ограничивала нас обсуждать только проблемы доверия к врачу со стороны пациента. В современной медицине на первый план выходит новая модель, основанная на контракте (договоре) между врачом и пациентом, реализуемая через процедуру получения добровольного информированного согласия. В рамках реализации биоэтического правила добровольного информированного согласия, основой которого является принцип уважения автономии личности, мы уже можем говорить о доверии пациенту.

Доверие — понятие междисциплинарное, которое входит в философский, психологический, этический и политический дискурсы. Этимологически слово «доверие» является производным от слова «вера». В ходе развития культуры эти слова приобретали различные смысловые оттенки. Доверие это «...психическое состояние, в силу которого мы полагаемся на какое-то мнение, кажущееся нам авторитетным, и потому отказываемся от самостоятельного исследования вопроса, могущего быть нами исследованными. Итак, доверие отличается как от веры, так равно и от уверенности. Вера превышает силу внешних фактических и формально-логических дока-

зательств. Доверие же касается вопросов, находящихся в компетенции человеческого познания, доверяется тот, кто не хочет или не может решить или сделать что-либо сам, полагаясь или на общепринятое мнение, или на авторитетное лицо. Уверенность — сознание собственной силы и состоит в доверии к истинности своего знания или правоте своего дела, доверие, напротив, проистекает из сознания слабости, неуверенности в себе, признания авторитета.» [2].

Наряду с философско-этическим знанием, психологические исследования верифицирует доверие как ценностное отношение к личности другого, основанное на позитивном прогнозировании его будущих поступков. Доверяя другому, человек рассчитывает, что тот не поступит ему во вред, не предаст, не использует в своих корыстных целях полученную информацию, не будет пренебрегать ею. Эти ожидания не всегда в опыте оправдываются, поэтому доверие — это риск [8].

Доверие, как подчеркивает большинство специалистов, это явление одновременно и внутриличностное и социальное. Направленность психики человека в мир и в себя одновременно формирует ценностно-смысловые, социальные установки «доверия». Первичные установки «на доверие» генетически имеют биосоциальную природу, возникают на ранних стадиях онтогенеза из базовой потребности в безопасности. Вторичные установки, как направленность на мир и на самого себя, интериоризируясь, представляют собой личностные установки, которые фиксируются как качества личности, отделяющие ее от других людей [5].

Итак, доверие — это социально-психологический, субъектный и личностный феномен. Доверие есть одно из средств сохранения психосоциальной идентичности. Будучи неизбежным условием взаимодействия человека с миром, оно создает эффект синергичности социально-психологического бытия человека [3].

Руководствуясь правилом добровольного информированного согласия, любое медицинское вмешательство или биомедицинское исследование должно, как обязательное условие, включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования его о следующем: целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях, риске для жизни, физического, психического, социального благополучия, возможных

неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и др.). Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. Существенным элементом информирования должна быть информация о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случаях, когда они так или иначе ущемлены [1].

Таким образом, доверяя пациентам дать добровольное информированное согласие, врачи создают условия, способствующие повышению чувства ответственности у пациентов за свое здоровье и повышение интернального локуса контроля. Ответственность за себя предполагает желание и способность человека осуществлять и поддерживать стиль поведения, способствующий укреплению здоровья. Это предполагает отказ от дисфункционального стиля поведения (курение, алкоголь и другие вредные привычки).

Под ответственностью понимается способность человека, личности, субъекта селективно, осознанно реагировать (положительно или отрицательно), воздействовать, контролировать, управлять, генерировать свою активность в складывающейся ситуации. В гносеологическом аспекте ответственность есть акт осознания или рефлексии субъектом своего авторства по отношению к обстоятельствам, в которых он оказался, своей способности делать выбор и воздействовать на ту ситуацию, в которую он попал. Аксиологическое измерение ответственности раскрывает ценностное отношение субъекта к наличному и возможному. Содержание предмета ответственности обладает ценностным значением для субъекта, связано с его желаниями, потребностями, надеждами. Ответственность идентифицируется с моральными обязательствами.

Психологическая сущность ответственности — максимальное выражение субъектной позиции в деятельности: добровольное взятие на себя гарантий по уровню качества деятельности, гарантий ее результата, готовность отвечать за любые последствия. В психологии выделяют и измеряют чувство личной ответственности, которое вместе с интернальностью оказывает влияние на выбор защиты и стратегий совладания.

Принятие на себя ответственности, перенос ответственности, снятие с себя ответственности означают степени готовности лично-

сти в полной мере учитывать все последствия своих действий или бездействий. [1]

Современная социально-психологическая модель врачевания рассматривает пациента как активную, рефлексивную фигуру, осуществляющую самоконтроль и саморегуляцию в период реабилитации и профилактики. Идея ответственности — это идея конструирования в проекции здоровья жизненного мира и самостроительства. Данная модель врачевания предусматривает равноправное партнерство в диалоге «врач — больной». Тем самым, повышается и ответственность пациента в принятии решения о лечении, профилактике заболевания, медицинской реабилитации. В решении назревших моральных проблем во взаимоотношениях врача и пациента главную роль будет играть дух моральной ответственности сторон, который зависит от выбора соответствующей модели отношений врача и пациента [3].

Правило добровольного информированного согласия имеет правовую базу в виде следующих законов:

- 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). В статье 5 говорится, что медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное письменное согласие. Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках. Это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.
- Конституции Российской Федерации. В главе 2, статье 21 записано следующее положение: «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным испытаниям».
- Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства:
«Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское

вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.» [7].

Таким образом, добровольное информированное согласие является сегодня формализованной юридической нормой. Мы согласны со многими коллегами, что в российской медицине сложилась парадоксальная ситуация, когда процедура, защищающая их права, все больше раздражает пациентов. Информированное согласие рассматривается как заключение правовых отношений с врачом и медицинским учреждением, ведь приходится одновременно подписывать сразу несколько документов: договор на получение медицинской услуги (если она оказывается платно), бланк информированного согласия на прием специалиста (консультацию), бланки на отдельные диагностические процедуры, согласие на обработку персональных данных. Подписание производится до приема у врача и, соответственно, до всякого информирования. В договоре имеется строка о том, что пациент обязан подписать информированное добровольное согласие, т.е. письменное выражение согласия становится условием оказания медицинской помощи [6].

Необходимо констатировать, что в последние годы в России мы наблюдаем рост числа судебных исков к медицинским учреждениям, вызванных конфликтами между врачами и пациентами. В рейтинге доверия к представителям различных профессий медики занимают восьмое место из 13 [4].

Это демонстрирует ситуацию, когда тотальное распространение процедуры информированного согласия в виде контракта не способствует установлению доверительных социально-психологических отношений, а переводит взаимодействия врача и пациента все больше в коммерческие отношения, уподобляя их сделке между поставщиком услуг и потребителем, низводя тем самым такую ценность как здоровье до уровня товара.

Доверие, тем самым, переходит в деловую плоскость, в которой каждый из сторон, залучивших контракт вынужден контролировать добросовестность его выполнения.

Мы считаем, что вопрос о разработке стратегии доверительных отношений между врачом и пациентом остается открытым для дальнейшего обсуждения.

Литература

1. Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики. Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук / Тверь, 2005. 164 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. Т. 4. — М., 1976.
3. Гуманитарное измерение боли и практики социальной анестезии: монография / под ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой. Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — 187 с.
4. Пресс-выпуск ВЦИОМ №3013 11.01.2016/ wciom.ru/index.php?id=236&uid=115542 (дата обращения 15.05.2017)
5. Скрипкина Т.П. Психология доверия. Гл.7. — М., 2000.
6. Сидорова Т.А. Ценность доверия в современных практиках медицины / Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 11: образы социального и витального в биомедицине: сборник статей. — Тверь: Твер. гос. ун-т, 2017. — 274 с. С.57–61.
7. Этико-правовые основы медицинской деятельности: справочник для студентов / Тверской гос. мед. ун-т; сост. Р. Н. Башилов; ред. Е. А. Евстифеева. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — 191 с.
8. Slovic P. (Decision Research, Eugene, OR) Perceived risk, trust and democracy // Risk Analysis. — 1993. — Vol. 13 (6).

УДК 616-08-039.75:614.2

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

М. А. Березовская, канд. мед. наук, доцент

В. Л. Красненков, д-р мед. наук, профессор

А. И. Березовский, аспирант

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЖАЛОБ И ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

The article reveals the causes of complaints and appeals of citizens on the quality of palliative care. Information is provided on the structure of the causes of complaints and appeals of citizens and possible ways to solve the problem.

Key words: palliative care, complaints and appeals of citizens, quality of medical care.

Ключевые слова: паллиативная помощь, жалобы и обращения граждан, качество медицинской помощи.

Реализация конституционного права граждан на медицинскую помощь основана на принципах охраны здоровья, сформулированных в статье 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011 N 323-ФЗ). В данной статье перечислены три принципа, в которых содержится упоминание понятия «медицинская помощь»: приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи. Следовательно, пациент вправе рассчитывать на доступную и качественную своевременную медицинскую помощь, с правильным выбором методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, а также достижения запланированного результата. В процессах реализации этих принципов задействованы такие субъекты, как пациент, медицинский работник, медицинское учреждение, а также государство в лице контролирующих органов. Эти процессы могут проходить в режиме охранительных правоотношений (право-притязание) [4, с. 113]. Под

правом-притязанием следует понимать возможность обращения в уполномоченный орган за защитой субъективного права на доступную и качественную медицинскую помощь при его нарушении.

Анализ письменных обращений граждан является одним из важнейших методов оценки качества оказания медицинской помощи и может выступать в качестве объективного критерия степени организационно-правового обеспечения деятельности конкретной медицинской организации. По данным различных исследований от 30 до 60 % пациентов не удовлетворены качеством оказания различных видов медицинской помощи, при этом всего 3–12 % обращаются с жалобами по этому поводу [2; 3].

Цель исследования – провести анализ зарегистрированных жалоб и обращений граждан, нуждающихся в получении паллиативной медицинской помощи, разработать систему коммуникативного взаимодействия между всеми субъектами, заинтересованными в решении данной проблемы.

В качестве объекта исследования использованы зарегистрированные жалобы и обращения граждан, нуждающихся в получении паллиативной медицинской помощи в период с 2012 по 2017 годы (по материалам городской клинической больницы г. Твери).

В таблице представлено общее количество жалоб и обращений в период с 2012 г. по 2017 г. Из таблицы 1 следует, что прирост жалоб и обращений граждан с 2012 г. по 2017 г. составил 170,5 %. Данное обстоятельство можно объяснить несколькими факторами: появлением в законодательной базе формулировки «медицинская услуга», излишним популизмом темы медицинской помощи в СМИ, доступностью сомнительных, с профессиональной медицинской точки зрения, социальных сетей, прицельной заинтересованностью следственных органов.

Таблица 1

Общее число жалоб и обращений граждан за период 2012 –2018 гг.

Число жалоб граждан	Годы					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Абсолютное число	17	28	36	31	42	46
Темп прироста/убыли (в %)		+64,7%	+28,6%	-13,9%	+35,5%	+0,09%

К сожалению, приходится констатировать, что в медицинских профессиональных сообществах стал часто появляться термин «потребительский экстремизм». Все это диктует необходимость конструктивного диалога между лечащим врачом, пациентом, его родственниками, другими заинтересованными лицами и знанием законов в сфере оказания медицинской помощи.

Анализ данных, представленных в таблице 1, свидетельствует о том, что наибольший прирост числа жалоб и обращений граждан по поводу качества работы медицинской организации наблюдался в период с 2012 г. по 2013 г. (темп прироста +64,7 %), наименьший — в период с 2016 г. по 2017 г. (темп прироста + 0,09 %). Данное обстоятельство объясняется формой учета претензий граждан. Следует отметить, что в 2012 году решение наибольшего числа проблемных вопросов осуществлялось при личном контакте с руководством медицинской организации (главным врачом, заместителями главного врача и другими должностными лицами). В последующем было обращено внимание, что используемый административный ресурс не рационален с позиций структурирования рабочего времени и документарной обработки данных. В связи с чем, начиная с 2013 года, общепринятой формой работы стало комиссионное рассмотрение письменных обращений граждан, с регистрацией заявления в секретариате, выдачей копии заявления, оформлением протокола врачебной комиссии, регистрацией заседаний врачебной комиссии. При этом заявителю разъяснялись особенности работы с жалобами и обращения граждан в соответствии с ФЗ-59 «О порядке работы с жалобами и обращениями граждан» и ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Копии письменных обращений, ответы на жалобы и обращения хранятся на бумажных носителях у заместителя главного врача, в электронной базе с соблюдением ФЗ «О защите персональных данных». Рассылка ответов заявителю осуществляется в форме отправки заказного письма с уведомлением о вручении.

Таким образом, внедрение данной формы работы позволило оптимизировать документооборот и оперативно реагировать на обращения граждан.

В рамках настоящего исследования также проведен анализ структуры жалоб и обращений от лиц, нуждающихся в паллиативной по-

мощи. Детальное исследование проблемы показало, что в период с 2012 по 2017 год по данному поводу было зарегистрировано 17 жалоб и обращений, что составило 8,5 % от общего числа. То есть практически каждый десятый пациент испытывал определенные трудности при решении вопроса оказания паллиативной помощи.

Следует отметить, что лично пациент жаловался на ненадлежащее оказание медицинской помощи в 29,4 % случаев. В 58,8 % жалобы и обращения поступали от родственников больного. При этом в 11,8 % обращения поступали от «знакомых, соседей и очевидцев». Необходимо особо подчеркнуть, что ответы на все обращения должны строго соответствовать ст.13 ФЗ-323 о неукоснительном соблюдении принципов сохранения врачебной тайны.

Инстанции, в которые направлялись жалобы и обращения граждан, включали в себя: руководство медицинской организации, Министерство здравоохранения Тверской области, управление Росздравнадзора, прокуратуру, следственный комитет, страховые медицинские организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В отдельных случаях граждане обращались к Президенту Российской Федерации, уполномоченному по правам человека, конкретным депутатам.

При этом за период с 2012 по 2017 год к руководству медицинской организации по вопросам оказания паллиативной помощи обратились 47,1 % граждан, в отделы Министерства здравоохранения Тверской области — 35,3 % граждан, 17,6 % обратившихся апеллировали в другие инстанции. Важно помнить, что чем более «дистанционно» расположена организация, в которую направлено обращение (жалоба), тем срок принятия конкретных решений медицинского или управленческого характера будет более отсрочен.

В 64,7 % граждане жаловались на работу амбулаторно-поликлинического звена по вопросам адекватного обезболивания (у пациентов со злокачественными новообразованиями), организации посещений участковыми врачами пациентов после перенесенных нарушений мозгового кровообращения, организации работы по принципу «стационар на дому».

На организацию медицинской помощи в стационаре жаловались 35,3% граждан. При этом суть претензий сводилась к неудовлетворенности сроками пребывания в стационаре, недостаточно длинны-

ми, по мнению граждан, но регламентируемыми стандартами оказания медицинской помощи, недостаточным уходом со стороны младшего и среднего медицинского персонала в условиях определенного дефицита этой категории медицинских работников. В практике встречались случаи, когда конфликт между врачом и родственниками пациента, страдающего терминальной стадией хронического заболевания с органной недостаточностью, злокачественным новообразованием возникал вследствие психологического отрицания неизлечимого заболевания, необходимости ломки поведенческих стереотипов в связи с необходимостью длительного ухода за пациентом, нуждающимся в паллиативной помощи. У пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в паллиативной помощи очень редко наблюдается «чистый» тип отношения к болезни, в частности, анозогностический. В подавляющем большинстве наблюдений наблюдался полиморфизм психоэмоциональных изменений, что нашло подтверждение в диффузных типах отношения к болезни [1].

Особую группу составляют пациенты с ВИЧ-инфекцией в стадии оппортунистических заболеваний (атипичной пневмоцистной пневмонией, токсоплазмозом головного мозга, токсической полинейропатией). В данной ситуации трехсторонняя система взаимоотношений «врач — пациент — родственники» приобретает особые когнитивные аспекты. Врач не может сообщить родственникам больного о его основном заболевании, пациент, особенно с высокой социальной ответственностью, не сообщает родственникам, родственники анализируют необъяснимую для них клиническую картину заболевания и, как правило, справедливо, с их точки зрения, обвиняют лечащего врача в некомпетентности. Данную проблему, скорее всего, стоит признать самой сложной в ответ на жалобы и обращения граждан.

Среди жалоб, касающихся оказания пациентам паллиативной помощи, наиболее часто отмечались жалобы на оказание медицинской помощи у пациентов со злокачественными новообразованиями (41,2 %), на втором месте оказались жалобы и обращения в отношении пациентов с тяжелыми необратимыми последствиями нарушения мозгового кровообращения, нуждающимися в симптоматическом лечении и обеспечении ухода при оказании медицинской помощи (29,4 %), на третьем месте — жалобы, касающиеся организации медицинской помощи в отношении пациентов с органной

недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии или стабилизации состояния пациентов и пациентов с хроническими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии (23,6 %). За период с 2012 г. по 2017 г. было зарегистрировано лишь одно обращение (5,8 %) от родственников пациентки, страдающей хронической дегенеративной болезнью центральной нервной системы.

Таким образом, неудовлетворенность граждан уровнем оказания паллиативной медицинской помощи остается достаточно высокой. С целью минимизации проблемы необходимо выделить ряд основных аспектов. Во-первых, неукоснительное соблюдение требований приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 187н от 14.04.2015 «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Во-вторых, исполнение приказа Министерства Здравоохранения Тверской области «Об утверждении схемы маршрутизации пациентов для оказания паллиативной помощи» №481 от 23.07.2018, что позволяет организовать маршрутизацию пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи в Тверской области. В третьих, использование ресурсов Портала медицинского образования, в рамках которого в 2018 году было осуществлено обучение врачей с последующим итоговым тестированием по проблемам хронического болевого синдрома.

Однако наиболее важным представляется выбор коммуникативного взаимодействия между всеми лицами и структурами, заинтересованными в решении данной проблемы. Необходимо внедрение позитивного опыта работы с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, расширение сети кабинетов паллиативной медицинской помощи. Основными элементами работы врача является осуществление динамического наблюдения за пациентами; назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациентам, нуждающимся в обезболивании; направление при наличии медицинских показаний пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях; направление пациента, нуждающегося в круглосуточном сестринском уходе в отделение или дом (больницу) сестринского ухода; организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами

других специальностей; оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам; обучение пациентов, их родственников и лиц, осуществляющих уход, навыкам ухода.

Литература

1. Березовский И. В. Виноградова Е. В., Березовский А. И. Терапевтическое сотрудничество и психосоматические характеристики больных, нуждающихся в паллиативной помощи / И.В. Березовский, Е.В. Виноградова, А.И. Березовский // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й междунар. науч.-практ. и образ. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос.мед. ун-та, 2017.— С.15–23.
2. Болотина М. В. Практические аспекты совершенствования работы медицинских организаций с обращениями граждан по вопросам качества оказания медицинских услуг / М.В. Болотина // Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева, проф. С.В. Ерофеева. — М.: НАМП, 2009. — С. 88–90.
3. Неверов А. В. Анализ материалов о нарушениях прав пациентов по данным обращений в органы управления здравоохранением и социологического опроса / А. В. Неверов, М.Я. Подлужная // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Суздаль, 28-29 мая 2008 г. / под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю. Д. Сергеева, проф. С. В. Ерофеева. — Иваново-Владимир: НАМП, 2008. — С. 235–238.
4. Тимофеев И. В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционально-правовое измерение / И. В. Тимофеев. — СПб.: Изд-во ДНК, 2019. — 360 с.

О. В. Богданова, клинический ординатор

О. Н. Гуськова, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

А. А. Редников, заведующий патологоанатомическим отделением
ГБУЗ Городская клиническая больница №7 г. Твери,
Российская Федерация

СПЕЦИФИКА ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ И НРАВСТВЕННО- ЦЕННОСТНЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА- ПАТОЛОГОАНАТОМА

Moral and ethical problems in the practical work of a pathologist generate moral and axiological contradictions. High requirements for morphological studies against the background insufficient funding of the pathoanatomical service reduce the possibility of self-realisation and image of a pathologist.

Key words: pathologist, professional practice, moral and axiological conflict, staff deficiency

Ключевые слова: врач-патологоанатом, профессиональная деятельность, нравственно-ценностные противоречия, дефицит кадров

Дефицит медицинских кадров приобретает уровень мирового масштаба. Эксперты Всемирной организации здравоохранения в докладе «A Universal Truth: No Health Without a Workforce», сделанном на Третьем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в ноябре 2013 года, декларировали недостаток 7,2 миллиона работников здравоохранения и прогнозировали к 2035 году увеличение этой цифры до 12,9 миллиона [3].

Вопрос недостаточной укомплектованности медицинским персоналом является актуальным и для Российской Федерации. Особенно остро эта проблема стоит в патологоанатомической службе. У выпускников медицинских вузов специальность патологическая анатомия никогда не была в числе популярных. Это вызвано объективными и субъективными факторами, напрямую связанными со спецификой работы и общественных отношений в практике патологоанатома.

Стремительное развитие медицины и современных технологий расширяет возможности и область применения морфологических исследований, что требует обширного объёма знаний, а, следовательно, значительного увеличения времени, интеллектуальных, эмоциональных и финансовых затрат для подготовки высококвалифицированного морфолога. Результаты труда врача-патологоанатома, несмотря на научную обоснованность и социальную значимость, всегда остаются в тени. Некоторые патологоанатомы с иронией называют свою профессию «невидимкой». Это, безусловно, снижает привлекательность данной специальности у молодого поколения, основным критерием которого при выборе специализации является перспектива достижения, желательно в короткий срок, личного и профессионального успеха. Получается, что работать патологоанатомом в России не слишком выгодно.

С другой стороны, ежедневно в деятельности врача-патологоанатома возникают разноплановые морально-этические задачи, необходимость решения которых порождает ряд нравственно-ценностных противоречий в виде конфликта между поставленной целью и средствами ее достижения, социально заданной установкой и личными мотивами, профессиональными ценностями, эмоциями и беспристрастностью, желаниями и совестью.

Профессиональные, деонтологические и нравственные аспекты патологоанатомического дела предполагают в своей основе взаимоотношения с лечащими врачами, пациентами, родственниками больных и умерших, администрацией, представителями фирм, оказывающих ритуальные услуги, сотрудниками следственных органов.

В соответствии с профессиональным стандартом, в трудовые функции врача-патологоанатома входят проведение прижизненных и посмертных патолого-анатомических исследований, ведение медицинской документации и анализ медико-статистической информации [4].

Аутопсийный раздел работы вызывает массу нравственно-ценностных противоречий. Порядок проведения патологоанатомического вскрытия определяется статьей 67 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 и производится с целью получения данных о причине смерти человека и его диагнозе. В этом аспекте часто возникают конфликты. С одной стороны, проблемы определяются ка-

тегорическим отказом родственников от вскрытия умершего. С другой, стремление администрации к увеличению числа аутопсийных исследований, необоснованное при катастрофическом недостатке кадров и финансирования, влечет снижение качества и уменьшает практическую значимость исследования.

Следуя профессиональному долгу и чести, патологоанатом старается обеспечить максимально точное определение сущности заболевания, характера и особенностей патологического процесса. Однако такое стремление зачастую является не востребуемым, а в случае выявления расхождения или ятрогенной патологии — нежелательным. Угроза штрафных санкций со стороны фонда обязательного медицинского страхования за случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов порой вынуждает управленческий аппарат больницы подключать административные «рычаги» по нивелированию прецедента расхождения. Навязывание достижения компромисса в таких ситуациях ущемляет достоинство (личное и профессиональное) врача-патологоанатома, а контроль результатов аутопсийных исследований со стороны руководителя больницы искажает статистические показатели. Так, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в среднем по РФ снизился за 15 лет в 10 раз: с 10–16 % в начале 2000-х гг. до 1,2 % в 2016 году. По международной модели расчета этот показатель должен быть не ниже 20 % (в странах ЕС он составляет в последние годы 12–33 %, в США — 14–24 %) [1].

В последнее время заметно снижение интереса клиницистов к аутопсии. В одних случаях это вызвано недостаточным материально-техническим обеспечением патологоанатомического вскрытия, иногда не позволяющим провести детальное исследование патологических процессов. В других — связано с желанием лечащих врачей избежать психологического дискомфорта в ситуации вероятной встречи с собственными ошибками, а также опасением правовой и финансовой ответственности при выявлении расхождения диагнозов и ятрогенной патологии.

В современном медицинском мире зависимость прогресса лечебного и диагностического процесса от квалифицированного секционного контроля не вызывает сомнений и считается аксиомой. Результатом коллегиальной проверки деятельности клинициста совмест-

но с патологоанатомом является клинико-анатомический анализ. Отсутствие такового влечет в перспективе повторение и систематичность диагностических ошибок.

Выявленные при анализе результатов вскрытия трупа дефекты в лечебно-диагностической работе необходимо доводить до сведения врачей на заседаниях комиссий по исследованию летальных исходов (КИЛИ) и клинико-анатомических конференциях (КАК) лечебного учреждения. Отношение клиницистов к вскрытиям и конференциям должно быть исследовательским, серьезным, так как коллегиальное обсуждение недостатков является методом повышения квалификации и призвано принести пользу всему врачебному коллективу. В настоящее время проведение КИЛИ и КАК стали приобретать сугубо формальный характер по причине отсутствия современных документов, регламентирующих их обязательность, правила и цель проведения. Обезличивание ошибок в медицине приносит вред. Согласно результатам опроса врачей со стажем работы менее двух лет, специалисты, работающие в ЛПУ с действующим патологоанатомическим отделением, продемонстрировали знания на 35–40 % выше их коллег, которые трудятся в медицинских организациях, где патологоанатомическое отделение не функционирует. Снижение авторитета аутопсийных исследований, по мнению многих ученых-медиков, повлечет ухудшение диагностики, лечения, медико-биологического, эпидемиологического и клинико-фармакологического анализа, снижение уровня подготовки врачей и негативно отразится на показателях летальности [2, с. 17].

Нередко конфликт интересов и, соответственно, морально-нравственные противоречия возникают и при проведении прижизненных патологоанатомических исследований. Расширение возможностей и области применения прижизненных морфологических исследований обуславливают лавинообразное увеличение количества биопсийного материала в работе патологоанатомического отделения. Важность неукоснительного соблюдения методики гистологического исследования и корректность заключения делает патологоанатома одной из ключевых фигур диагностического процесса, порой уравнивая его ответственность за судьбу больного с лечащим врачом.

Готовность к решению диагностических проблем широкого морфофункционального и клинико-анатомического диапазона требует

от патолога большого объема научных знаний. В многопрофильных учреждениях морфолог призван определять тип патологического процесса во всех без исключения органах человеческого тела, а значит, обязан разбираться в хирургии, урологии, гинекологии, онкологии, гематологии, ревматологии, дерматологии, инфектологии, офтальмологии, иммунологии и ряде других медицинских направлений, быть компетентным во всех специальностях. Результат прижизненного патологоанатомического исследования зависит от слаженности командной работы большого коллектива: врача, производящего забор материала, качества фиксации средним медицинским персоналом, профессиональных навыков лаборанта-гистолога, компетентности патолога.

Использование современных методов морфологической диагностики – иммуногистохимии, электронной микроскопии, гистохимии, гибридизации *in situ*, молекулярной патологии, цитогенетики – предусматривает наличие в патологоанатомическом отделении новейшего высокотехнологичного и дорогостоящего оборудования. Остаточный принцип финансирования патологической анатомии не позволяет оснастить отделения подавляющего большинства лечебных учреждений, даже на уровне областных центров, в соответствии со стандартом, рекомендуемым приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.03.2016 №179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований» и делает недоступными для массы населения современные методы диагностики. Руководители готовы приобрести скорее рентгеновский аппарат, чем гистопроектор, или кардиостимуляторы, чем новый микротом, несмотря на то, что в обоих случаях речь идет о прижизненной диагностике, т.е. о судьбе живых пациентов. Недостаточный уровень материально-технического оснащения патологоанатомических отделений определяет неудовлетворительное выполнение биопсийного метода, сводя на нет все профессиональные и моральные усилия сотрудников в желании обеспечить надлежащее качество прижизненного патолого-анатомического исследования.

Многочисленные нравственно-ценностные противоречия в работе врача-патологоанатома являются лишь вершиной айсберга проблем современной патологоанатомической службы. Их наличие оказывает влияние на снижение престижа профессии и, как следствие,

на кадровый дефицит. В свою очередь, последний приводит к снижению качества морфологической диагностики и всего лечебно-диагностического процесса. В итоге страдают интересы пациента.

Устранение нравственно-ценностных противоречий в общественных отношениях патологоанатома необходимо и должно проводиться комплексно с внесением изменений в регламентирующие документы, улучшением оснащения патологоанатомической службы и восстановлением авторитета специальности. Следует помнить, что главным предназначением патологоанатомической службы в практическом здравоохранении является повышение качества оказания медицинской помощи посредством морфологических исследований, выявления недостатков лечебно-диагностической тактики, направленное на достижение пользы для здоровья конкретного пациента и, в глобальном смысле, для общественного здоровья.

Литература

1. Барбараш О. Л., Бойцов С. А. Проблемы оценки показателей смертности от отдельных причин. Согласованное экспертное мнение / Материалы Конгресса «Человек и лекарство» (Москва, 11 апреля 2018 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.patolog.ru/news/problemy-ocenki-pokazateley-smernosti-ot-otdelnyh-prichin-rabochaya-gruppa-kongressa-chelovek> (дата обращения: 23.06.1018).
2. Верткин А. Л. Разговор клинициста и патологоанатома: разбор причин и следствий летальных исходов / А.Л. Верткин // Казахстанский фармацевтический вестник, 2017. – №4 (511). – С. 17.
3. Всемирная организация здравоохранения. Центр СМИ, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/ru/> (дата обращения 28.08.1018).
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 131н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-патологоанатом» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minjust.consultant.ru/documents/39035?items=1&page=2> (дата обращения: 28.08.1018).

С. Б. Владимирова, аспирант

ФГАОУ ВО Научно-исследовательский Томский политехнический университет, Томск, Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ ВЫРАЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЛИДАРНОСТИ В РЕЧИ ВРАЧЕЙ-СУДМЕДЭКСПЕРТОВ (НА МАТЕРИАЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВ)

The article presents the communication strategies and tactics of the expression of professional solidarity in the speech of medical forensic experts. The research material was based on comments in discussions on professional online forums. Two main communication strategies are identified: a defense strategy and a dissuasive strategy. The basic tactics of these strategies are highlighted.

Key words: medical discourse; medical ethics; medical deontology; communication strategies; communicative tactics.

Ключевые слова: медицинский дискурс; медицинская этика; врачебная деонтология; коммуникативные стратегии; коммуникативные тактики.

Медицинская этика, по мнению ряда исследователей, представляет собой систему норм поведения медиков и принципов регулирования медицинской деятельности; основным предметом медицинской этики считается проблема регуляции взаимоотношений врача и больного [2, с. 6; 4]. Проблема же регуляции взаимоотношений между врачами как представителями одной профессиональной сферы, по-видимому, лежит в плоскости деонтологии как учения о профессиональном поведении человека (в данном случае — врачебной деонтологии).

Медицинская этика универсальна, её нормы и принципы распространяются на всех врачей вне зависимости от специализации, однако деонтологические положения могут по-разному реализовываться в зависимости от специфики той или иной медицинской специализации. В частности, выделяется ряд особенностей деонтологии для врачей-судебно-медицинских экспертов [1, с. 66]. Однако остается недостаточно изученным вопрос о деонтологических особенностях — и, в частности, об их языковой реализации — для врачей-

судмедэкспертов в системах «врач — освидетельствуемое лицо» и «врач — врач». Заключение врача-судмедэксперта имеет статус доказательства при судебных разбирательствах; врач-судмедэксперт может быть привлечен к уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения согласно статье 307 УК РФ; наконец, судебно-медицинская экспертиза назначается в случаях, когда встает вопрос о степени своевременности и полноты лечения, о дефектах и деликтах оказания медицинской помощи. Эти обстоятельства накладывают на врачей-судмедэкспертов высокую ответственность не только в части непосредственного выполнения экспертиз, но также и в вопросах профессиональной солидарности как внутри сообщества данной специализации, так и с сообществом медицинских работников в целом: врачами-клиницистами разных специальностей, врачами скорой помощи и т.д. Судебно-медицинская экспертиза так или иначе предполагает наличие судебного разбирательства, конфликта, а также круга лиц, имеющих личную заинтересованность в том или ином выводе судебно-медицинского заключения.

Предметом рассмотрения данной статьи являются коммуникативные стратегии и тактики выражения профессиональной солидарности в речи врачей-судмедэкспертов. Материалом послужили сообщения врачей-судмедэкспертов, оставленные в профессиональных интернет-сообществах: форумах sudmed.ru и forens.ru, в разделах «Консультационный центр» и «Бюро консультаций» соответственно. В данных разделах любой желающий может создать обсуждение и задать вопрос относительно конкретных судебно-медицинских экспертиз, выложив их тексты с предварительно удаленными личными данными (фамилиями врачей и освидетельствуемых лиц, названиями организаций). Большое количество вопросов связано с желанием оспорить экспертизу, подтвердить или опровергнуть уже сделанные экспертами выводы, оценить шансы на признание оказанной медицинской помощи некорректной, что также накладывает ответственность на врача-судмедэксперта, отвечающего на вопросы: на основании в том числе и его ответов топикстартер (создатель обсуждения) примет решение о своих дальнейших действиях.

Для исследования отобрано 40 комментариев, в которых врачи тем или иным образом проявляли профессиональную солидарность в отношении своих коллег, выполнивших представленные на рас-

смотрение экспертизы; выделены основные коммуникативные стратегии и тактики, использованные ими (с опорой на классификацию О. С. Иссерс [3]). В приведенных ниже примерах авторские орфография и пунктуация сохранены.

Так, наиболее частотной является коммуникативная стратегия **защиты**, направленная на опровержение обвинений, высказанных в адрес врачей-судмедэкспертов и других врачей, а также утверждением их правоты и правильности их выводов и/или действий (24/60 % от общего количества).

В ходе анализа текстового материала были определены четыре базисных тактики стратегии защиты:

- 1. Разъяснение.** Тактика нацелена на донесение до собеседника информации медицинского характера, которой он не обладает, и на основании которой сделаны выводы в уже имеющемся заключении: *«Описанная травма относится к среднему вреду, эксперт прав. Связать инсульт и травму по имеющимся данным не представляется возможным»; «Эксперт провел качественную экспертизу. (...) Другие причины смерти (...) исключены. Учитываемая прижизненно установленный диагноз, зафиксированный эпикристу, макро- и микрокартину, диагноз эпистатуса — единственно возможный».*
- 2. Апелляция** к законодательным актам и правовым основам деятельности врачей-судмедэкспертов. Тактика отсылает адресата к юридическим документам, на основании которых сделаны выводы: *«Эксперт прав формально и по совести, сославшись на п. 27»; «Впрочем, даже если бы пневмония была четко увязана с этими переломами и всё это отнесено к травме, то по степени тяжести вреда здоровью это был бы все тот же вред здоровью средней тяжести (по п. 7.1 Медицинских критериев — приложение к приказу Минсоцразвития от 24.04.2008 г. №194), т.к. признаков опасности для жизни нет, не имеется признаков значительной стойкой утраты общей трудоспособности более одной трети».*
- 3. Апелляция** к «коллективному» опыту и мнению. Нацелена на убеждение адресата в отсутствии других возможных врачебных мнений по заданному вопросу: *«Но с большой долей вероятности могу сказать, что тяжкого вреда у Вас не будет. Думаю, со*

мною все коллеги будут согласны»; «– Как получить от судмедэкспертизы документ о квалифицирующем признаке тяжести вреда в обход полиции? — Никак. Здесь, в основном, присутствуют судебно-медицинские эксперты, которые работают не на «клиента-пациента», а на правоохранительные органы, на основании вынесенных ими (органами) соответствующих постановлений / определений и т.п.».

- 4. Указание на незначительность** совершенной экспертом **ошибки**. Данная тактика реализуется через признание некоторого недочета в заключении (неудачной формулировки, опечатки) и уточнение, что данный недочет не умаляет юридическую силу документа и правильность содержащихся в нем выводов: *«В данном случае, указав «1–2 суток», эксперт хотел сказать, что не более, чем за сутки или двое суток, а не от одних до двух суток. Неудачная формулировка. При необходимости ходатайствуйте о допросе эксперта: он разъяснит смысл своего вывода»; «Как правило, технические ошибки не влекут за собой признание экспертизы недопустимым доказательством. В суде допрашивается эксперт, он говорит, что это опечатка и на самом деле следует читать так-то и так-то».*

Второй, менее распространенной коммуникативной стратегией (16/40 % в данной выборке) является стратегия **разубеждения** собеседника в целесообразности дальнейших действий, таких как оспаривание экспертизы, ходатайство о назначении повторных экспертиз и других. В рамках данной стратегии выявлено три базисных тактики.

- 1. Вразумление.** Типичным речевым ходом в реализации данной тактики служит сначала указание на законность права топик-стартера на совершение желаемого им действия, а затем — на малую вероятность желанного исхода: *«Разумеется, Ваше право заявить перед следователем или судом ходатайство о назначении повторной суд-мед.экспертизы с участием эксперта-невролога. (...) В результате может получиться на месяц-два затянуть процесс (...), других эффектов от этой экспертизы не возникнет»; «Если у Вас нет конкретных фактов о наличии дефектов оказания медицинской помощи, а имеется только неудовлетворенность неблагоприятным исходом лечения, то вероятность наличия ка-*

ких-либо дефектов, состоящих в причинной связи со смертью, очень мала. Так что, возможно, смысла ходить по следственным комитетам нет».

2. Информирование. Тактика призвана развеять имеющиеся у адресата заблуждения относительно медицинских или правовых вопросов: *«Подменять допросом врача исследование материала экспертом — странность, не предусмотренная регламентирующими документами»; «— Он был без сознания поэтому шевелить ни чем бы не смог!!! — Это бытовое рассуждение. Человек находясь в коме — без сознания (...) может махать руками и ногами достаточно, но если даже он пытается бессознательно шевелить головой, открывает, закрывает рот и т.д. проведение МРТ головного мозга уже невозможно».*

3. Дискредитация оппонента. Данная тактика, как и предыдущая, не слишком распространена и реализуется в наиболее конфликтных обсуждениях, где топикстартеры заявляют о вине врача как о доказанном факте. Тактика направлена на то, чтобы вызвать в оппоненте чувство стыда за высказанные утверждения и устремления. Характерным речевым ходом для данной тактики является риторический вопрос или ряд вопросов: *«Или вы думаете, что хирургам было нечего делать и просто так, между операциями, тянув время, решили «а не отрезать ли нам этому еще чего?» Вам не приходило в голову, что для такого «недоговорного» решения, как минимум были весомые основания?»; «А зачем Вам экспертиза? Вы же уже всё решили. Если экспертиза даст выводы, что врач не виноват — начнете спрашивать, как наказать эксперта?».*

Таким образом, в рассмотренном типе коммуникации профессиональная солидарность выражается в двух основных направлениях: во-первых, в **защите** коллег-врачей и утверждении их правоты, во-вторых, в **снижении потенциального количества** жалоб, ходатайств, назначений повторных экспертиз и прочих нежелательных для профессионального сообщества явлений; однако не следует считать, что профессиональная солидарность врачей-судмедэкспертов идёт вразрез с требованиями объективности экспертной оценки: при сборе материала в тех же интернет-сообществах достаточно часто встречались обсуждения, где от них исходили рекоменда-

дации по ходатайствам и назначениям новых экспертиз, аргументированные несогласием с выводами эксперта или возможными ошибками в тексте представленных документов.

Литература

1. Белецкая А. А. Некоторые вопросы этики и деонтологии в практике судебно-медицинского эксперта // Теорія і практика правознавства, 2013. — №4. — С. 66–67.
2. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. — Киев: Вища шк, 1988. — 168 с.
3. Иссерс О. С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. — Омск: ОмГУ, 1999. — 284 с.
4. Корнаухова Т. А. Специфика профессиональной этики медицинского работника // Теория и практика общественного развития, 2015. — №6. — С. 159–162.

A. N. Dobрева, PhD, Assoc. prof.

I. Ts. Doykova, PhD, Assoc. prof.

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

EXPRESSING CONCERN AND COMPASSION IN HOSPITAL SETTINGS

The focus of the present study is on interpersonal communication between doctors and their patients when disclosing bad news. Communication strategies for delivering disheartening news in Bulgarian are investigated in clinical settings to provide formal education models of effective doctor-patient encounters for undergraduate medical students and in-service staff. Beyond the medical expertise and the structured interview with the patient, we investigated the linguistic expression of such personal traits as the doctor's support and engagement as prerequisites for a collaborative relationship.

Key words: medical counselling, emotional distress, patient-centered communication, doctor's presence.

Ключевые слова: медицинское консультирование, эмоциональный стресс, пациент-ориентированное общение, присутствие врача.

Nowadays besides civility and expertise, communication skills and the personal qualities of the medical professionals are becoming crucial to effective patient care. Bulgaria is the 4th country in the world in terms of aging population [6, p. 809], ranking third in mortality rate in Europe, and not effective in preventing cardiovascular disease, cancer, diabetes and non-communicable diseases [5, p. 1], and at the same time Bulgarians are 'paying the most out of their pockets' to obtain health services in the EU. As a result, when patients are 'shopping' for healthcare, they frequently use the internet to express their dissatisfaction with the attitude of their doctors. Therefore, our aim is to analyse the doctors' communicative approach in difficult situations in the process of establishment of a collaborative relationship in situations when patients expect more than just a routine check-up on behalf of the doctor. The focus of the present study is on conveying bad medical news in the Bulgarian healthcare system and how clinicians' personal traits such as focused attention, concern, and compassion are expressed.

In our study we adhere to the broad definition of bad news as any diagnosis that requires medical treatment and pain management, and

results in a cognitive, behavioral, or emotional deficit for the patient [7, p. 498]. In their routine practice, healthcare professionals are guided by formal protocols and standardized approaches to the announcement of bad news such as the SPIKES protocol (SPIKES stands for Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions with Empathy, an Strategy) [1, p. 309], suggested as a common format of structured listening and provision of information when delivering bad news. Other established patterns of doctor-patient communication in such cases are *ABCDE* (*ABCDE* stands for Advance preparation, Build a therapeutic relationship, Communicate well, Deal with patient and family reactions, Encourage and validate emotions), proposed by Rabow and McPhee [8, p. 161], *BREAKS* (*BREAKS* stands for Background, Rapport, Explore, Announce, Kindle, Summarize), suggested as a strategy by VandeKieft [11, p. 1977], and the principles of doctor-patient communication, postulated by Fine [4, p. 623], Buckmann [2, p. 1598] and others.

The issue of announcing bad news in medical practice is an interdisciplinary question for discussion. It is being studied by both linguists, communication experts, psychologists, and medical professionals. Studies in Bulgaria concerning problematic medical encounters and observations on how to report a terminal diagnosis, onset of diabetes or another lifestyle illness [9, p.114], to announce sensitive issues to parents and children with authentic examples from various medical specialties [10, p.110] and different communicative practices are rare. The lack of proper training in model professional attitudes, coupled with incomplete analysis of the cultural practices is observed in the interviews of Bulgarian medical professionals even when experienced and well-trained doctors inform their patients about a terminal stage of illness [10, p.108]. Medical doctors focus exclusively on offering treatment options and pain management, rather than on dealing with emotional distress and the provision of long-term support, and follow-up care for their patients. Unfortunately, these practitioners need to be prepared for the reactions of their patients when delivering a life-changing diagnosis, the latter often transforming the patient's despair into aggression towards the doctor who treats them.

The linguistic samples included in our survey are provided by 50 medical specialists in the 2009–2012 period and demonstrate the mainstream doctors' approach when breaking bad news in Bulgarian

hospital settings. The strategies to express concern and the linguistic choices made by the doctors are highlighted (*unfortunately, I have some bad news; I am sorry to tell you, etc.*).

Sample 1A. Delivering the bad news of a newly discovered diabetes to a 55-year-old patient as a hereditary disease (mother with diabetes) [Poll with medical staff (2012 – 2014) – Medical University, Varna. Informer: Dr. M. Petrova, Endocrinologist at the Clinic of Endocrinology at the University Hospital „St. Marina“ – Varna].

D: *The results arrived and, unfortunately, they are not good at all. With great regret I have to tell you very bad news – you have a heavy form of diabetes. With your family background, this is inevitable.*

The analysis reveals a selection of words with a negative connotation (*unfortunately, heavy, bad, history, inevitable*). The use of the double negation is a linguistic phenomenon characteristic of the Bulgarian language (*There is nothing scary/bad/dangerous*). Additionally, there is a gradation in the use of negative words and phrases that start with the particle **not** (*not at all*), and negative prefixes such as **un-**, **in-** (*unfortunately they are not good at all*). Despite the fact the tone of voice is civil and respectful, the effect is startling and feelings of anxiety, hopelessness and despair are unintentionally imposed on the patient.

Sample 1B. Good practice in medical counselling when doctors express concern and compassion to their patients:

D: *Your examinations are ready. I would like to cheer you up, but surely the symptoms have already guided you in the diagnosis. Now it's confirmed – you have diabetes. You may have expected such a development, as your parents are diabetics. The good thing about you is that you will only take pills and women even lose weight from them.*

The bad news does not sound so 'bad' due to several tactics such as conscious avoidance of morphological and lexical units with apparent or hidden negative character and negative semantics. These words and phrases are replaced by synonymous descriptive expressions. The use of conditional forms (*I would like to cheer you up, but ...*) helps the patient to perceive the news more easily in terms of psychological processing of the news. The added encouragement with a positive vocabulary at the beginning and the end of the utterance is appreciated by the patient (*I would like to cheer you up. The good thing about you...*).

Sample 2A. Delivering bad news in a conversation of a doctor with the wife of a deceased patient [Poll with medical staff (2009 r.) – Medical University, Varna. Informer: Dr. S. Dobrinova, doctor in the Emergency Department of the Multi-profile hospital for Active Treatment – Targovishte].

D: *My name is Dr. Dobrinova. I admitted your husband into the hospital an hour ago and I have bad news for you. It was found upon his admission that, in addition to acute heart failure, he had a massive heart attack. These two conditions, taken together, are very difficult to overcome for a person who had suffered a heart attack two years ago. His condition was critical, his blood pressure and heart rate values varied a lot. Half an hour ago, he fell into clinical death.*

The linguistic analysis of the conversation shows that the medical official introduced herself by position and surname (*My name is Dr. Dobrinova*). In the introduction, the reflexive verb ‘my name is/казвам се’ was used inappropriately. Several models for the introduction of senior hospital staff are adopted in Bulgarian medical settings [3, p.624]:

- Use of a personal pronoun + verb ‘be’, 1st person, singular + position + surname (I am Dr. Dobrinova)
- Use of the reflexive verb ‘my name is’ + first name and surname.
- Verbal + nonverbal discourse elements: use of an academic title + verb ‘be’ + position at the clinic.

The multiple use of words with a negative connotation and the lack of positive semantics at the beginning and at the end of the utterance (*I have **bad news for you**; **acute heart failure**; **massive heart attack**; **difficult to overcome, critical, clinical death***), as well as the extensive use of passive constructions, past tense forms and special terms add to the straightforward, ‘truthful’ and yet hard-to-accept exposé. Further on, we recognise the incredible power of the human voice on our minds (it can cheer us, make us sad or relaxed). It is therefore necessary for healthcare professionals to pay attention to the components of their voice when reporting bad news. Most often, the rate at which the unfavorable information is reported is rapid with a variable intonation (ascending-descending). The pauses allowed in the flow of speech are short. Because of the increased speed, phonetic barriers to communication and some deviations from the literary norms are observed such as vowel

replacement, reduction, assimilation (dissonance of consonants), omission of final consonants, etc.

Sample 2B. Good practice in medical counselling when doctors express concern and compassion to their patients [1]:

D: *'We need to discuss the results of the examinations performed. I'm afraid it's not the news you hope for.'*

[Pause]

'Unfortunately, the ...'

[Pause]

'I am sorry to tell you, but ...'

When communicating bad news, the conversation with a patient with a newly discovered disease should not be quick, formal and automated. Useful techniques are to allow time for introduction and to indicate that unfortunate news is to be announced, to acknowledge the difficulty of the situation in a slow pace and a clear voice instead of using technical language and short automated responses (*I have the results here today, let me explain them to you now*). The inclusion of preliminary buffers, cutting the information in pieces, re-initiating the conversation, providing enough time to answer specific questions and patient concerns, as well as the acknowledgement of their emotions are the strategies to ensure a positive doctor's presence.

Our observations highlight the communicative patterns that doctors adhere to when dealing with bad news. The medial interviews reveal primarily ethical, cultural and personal issues around the study and practice of medicine, rather than the art and craft of medicine itself. Being honest without delay, not 'protecting' patients from bad news or trying to transfer them to another colleague are genuine attempts to adhere to professional responsibilities that add real value to patient care. The identified issues of concern are as follows:

- When compared to their European and American colleagues, Bulgarian specialists use a more straightforward approach, emphasizing the necessary information (bad news) and communicate 'the truth' (*The examinations confirm what we had doubts about ...*).
- Doctors do not consider themselves prepared to effectively manage patients' emotions and help in a stressful situation. Not all medical specialists have undergone training courses or feel prepared to report bad news.

- Doctors do not choose a positive vocabulary when speaking to patients or their relatives. Sentence choice is mostly of the declarative type (statements).
- The doctor's voice is stern, authoritative, and hasty. The pace of the monologous expression is accelerated, which does not allow for feedback to the patient or the family. The tone of speech is low. Family-centered guidance is not provided.
- There is a need for mastering the paralinguistic vocal aspects of articulation, intonation, volume, pace, tone, stress, rhythm, and pitch as a vocal strategy for delivering bad news.
- Vocabulary selection and proper use of grammatical items (forms of address, appropriate choice of verb forms and selection of lexical units with a positive connotation (*cheer up, hope, help*) are recommendable. Good practice shows the use of conditional mood, synonyms, and restricted use of medical terms.

Conclusions

Language is not ambiguous about what the diagnoses/results show. Therefore, people skills and in-service training in a wide variety of possible situations where the strategies discussed here can be applied are necessary towards a patient-centered approach in healthcare. Attention should be paid to optimizing the medical interview and the diagnostic process by the implementing communication techniques modules and models of doctor – patient good practice for in-service hospital staff.

There is also a need for collaboration with other specialists for the doctor – patient communication and the follow-up treatment to be effective in terms of the psychological preparation of the patients and the follow-up treatment options.

Adopting a proactive approach to patients by offering support is a deliberate effort on behalf of the doctor in a difficult situation to avoid the episodic nature of the patient 'visit'.

References

1. Baile W., Buckman R., Lenzi E., et.al. SPIKES – a six step protocol for delivering bad news: Application to the Patient with Cancer // *Oncologist*, 2000. – № 5(4). – P. 302–311.
2. Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult? – *BMJ*, 1984. – 288. – P.1597–1599.
3. Dobрева A. How we talk about health. – Varna: MU-Varna, 2018. – 80p.

4. Fine R. Keeping the patient at the center of patient-and family-centered care // *J Pain Symptom Managemen*, 2010. – 40(4). – P.621–625.
5. Nikolov K. Healthcare: One of the reasons why Bulgaria is melting down, 2019 [Electronic resource]. – URL: <http://bulgarianpresidency.eu/healthcare-one-reasons-bulgaria-melting/> (access date 13.12.1018).
6. Pithenkoff N. Aging in the Republic of Bulgaria // *The Gerontologist*, 2017. – 57(5). – Pp. 809–815.
7. Ptacek J., Eberhardt T. L. Breaking bad news: a review of the literature // *Jama*, 1996. – 276(6). – P. 496–502.
8. Rabow M., McPhee S. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer // *West J Med*, 1999. – 171(4). – P. 260–263.
9. Ruseva D. Communication of diagnosis and grave news. Conversation with the patient and the patient's relatives // *Medical Psychology.*– Varna: Medical University, 2013. – 114 p.
10. Tacheva V. Communication skills in medical practice. – Varna: Steno Publishing House, 2014. – 108 p.
11. VandeKieft G. Breaking bad news // *Am Fam Physician*, 2001. – 64. – P. 1975–1978.

Д. Д. Григорьева, канд. филос. наук, старший преподаватель
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

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

ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет,
Тверь, Российская Федерация

СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

The social and psychological components necessary for the formation of professional medical identity are studied: life orientations of the individual, the degree of self-determination and the level of existential fulfillment in residents of TSMU. The results of the theoretical interpretation of the substantial and accidental properties necessary for the inspiration of predictors of medical ethos are presented.

Key words: professional identity, medical identity, professional competence, professionally important qualities, life orientations of personality, self-determination, existential fulfillment.

Ключевые слова: профессиональная идентичность, врачебная идентичность, профессиональные компетенции, профессионально-важные качества, смысло-жизненные ориентации личности, самоидентификация, экзистенциальная исполненность.

В условиях активной трансформации общественных устоев и традиционных социальных установок проблема конструирования профессиональной врачебной идентичности и ее роли в становлении личности специалиста-медика является актуальной проблемой теоретических, эмпирических, а также междисциплинарных исследований. Существует потребность в поиске и развитии новых подходов по воспитанию и формированию нового поколения врачей, сочетающих классическую медицинскую базу с вызовами современных медицинских реалий.

Профессиональная врачебная идентичность обладает рядом оригинальных и специфических черт, во многом придающих ей уникальность в сравнении с другими системами установок. Опираясь на парадигму Л. Б. Шнайдера, под профессиональной идентичностью следует понимать «не только осознание своей тождественности с

профессиональной общностью, но и ее оценку, психологическую значимость членства в ней, разделяемые профессиональные чувства, своеобразную ментальность, ощущение своей профессиональной компетентности, самостоятельности и самоэффективности, т. е. переживание своей профессиональной целостности и определенности» [3].

Профессиональная идентичность выступает одним из способов рефлексии социальной действительности студентом медицинских специальностей. Несформированность профессиональной идентичности подрывает механизмы саморегуляции будущих специалистов, самодетерминацию и экзистенцию. Выявление мировоззренческих, аксиологических, социально-психологических и иных установок личности весьма целесообразно рассматривать через такие релевантные концепты, как смысложизненные ориентации личности, самодетерминация и исполненность экзистенции.

Непрерывная эволюция медицинской деятельности приводит к необходимости активного поиска практик самоидентификации личности, проявляющихся не только в появлении для врачей новых моделей взаимодействия с пациентом (например, социально-психологическая модель, разработанная С.И. Филиппченковой), большом количестве социальных стереотипов об эталонном образе врача, поиске врачебного габитуса и устойчивой позитивной идентичности, но и в сочетании факторов, отражающих реальный уровень качества жизни врача: высокого уровня неудовлетворенности трудом, постоянного профессионального стресса, психоэмоциональной напряженности, сопровождающейся 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. Следует отметить, что «особенностью современного врачебного этоса является недостаточная распространённость и доступ-

ность способов и механизмов формирования позитивного образа врача» [1, с. 70].

То, что врач не профессия, а призвание, не избитое клише или самоочевидная прописная истина, а непреложная реальность. Наряду с конкретными профессиональными навыками врач должен обладать совокупностью моральных, этических, социально-психологических качеств, которые подкрепляют эти навыки. Однако от врача невозможно требовать подвижничества, он не является ни аскетом, ни анахоретом. Для гармонии внешнего и внутреннего профессионального и экзистенциального компонентов требуется достойное качество жизни — материальная составляющая. Только в такой диалектической триаде профессионального, экзистенциального и материального возможна эффективная созидательная работа врача.

Аккумулируя интерпретацию профессиональной идентичности и специфику работы врача, под врачебной идентичностью следует понимать многоуровневый и взаимосвязанный процесс, определяющий векторы профессионального и личностного развития человека, занимающегося врачебной деятельностью, в ходе которой происходит самоотжествление через самореализацию с выбранными медицинскими реалиями и интериоризацию деонтологических, безусловных врачебных и общегуманитарных императивов.

В процессе обучения студента должен закладываться фундамент профессионально-важных качеств (ПВК), формирующих его как профессионала и личность. Это происходит в соответствии с ООП ФГОС. При этом фундамент закладывается на младших курсах, а в последующем аккумулируется и систематизируется на дальнейших ступенях обучения в вузе. Закономерно возникает вопрос о том, продолжают ли мировоззренческие установки развиваться, усиливаться на старших курсах и, в особенности, во время поствузовского обучения в ординатуре. Именно на данной ступени обучения бывший студент окончательно определяется со сферой своей дальнейшей профессиональной деятельностью, переходя от общих, абстрактных представлений к конкретным профессиональным, жизненным реалиям. Как нам кажется, именно на данном этапе в полном смысле слова завершается конструирование врачебной идентичности, телеологизм.

Опираясь на федеральные государственные образовательные стандарты [4], в результате освоения программы ординатуры у вы-

пускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а так же направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Таким образом, в ходе обучения на младших курсах студенту необходимо интериоризировать и вплавить в самость следующие компоненты: умение логически анализировать субъективные и объективные мировоззренческие проблемы во взаимосвязи с деонтологическими ценностями, этическими нормами и профессиональной деятельностью. В результате вышеперечисленные компетенции должны формировать у врача ПВК, которые отражены в профессиональной программе: терпеливость и выдержанность, доброжелательность и приветливость, ответственность, аккуратность, тактичность, оптимистичность, внимательность, готовность в любое время оказать нуждающимся медицинскую помощь, бескорыстность [2, с.99].

Подводя итог, можно сказать, что от того насколько органично студент в процессе обучения усвоит деонтологические аспекты своей профессиональной деятельности, теоретические истины и перенесет их в плоскость практического мастерства, зависит интериоризация врачебной идентичности и, как следствие, успешность в самореализации в медицине. В заключении можно добавить, что активное формирование профессиональной идентичности студентов медицинского вуза, изменение мировоззренческой ориентации нового поколения врачей являются залогом успеха реформ в российском здравоохранении и возможности сохранения здоровья российского населения.

Литература

1. Макаров А. А., Михеев М. И., Григорьева Д. Д. Современный врачебный этиос: социально-философский анализ // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й междунар. науч.-практ. и образов. конф. / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. – Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. – С. 67-70.
2. Романова Е. С. 99 популярных профессий: психологический анализ и профессиограммы. – 2-е изд.– СПб.: Питер, 2003. – С. 97-100.
3. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления / Дис. ...д-ра психол наук / Л.Б. Шнейдер. – М., 2001. – 348 с.
4. Федеральные государственные образовательные стандарты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tvgm.ru/docs/> (дата обращения 18.03.19).

В. В. Катунова, канд. биол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация

ФОРМИРОВАНИЕ КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Conflictological competence of a doctor is an important part of his communicative competence, it is important for his personal and professional development. The professional environment of the pediatrician has a high level of conflict potential. This article presents an example of the direction of formation of medical students' conflictological competence. The means of formation in educational practice are shown in accordance with the competence-based approach in education.

Key words: conflictological competence, communicative competence, conflictological culture, pediatrician, student, medical education.

Ключевые слова: конфликтологическая компетентность, коммуникативная компетентность, конфликтологическая культура, врач-педиатр, студент, медицинское образование.

Профессиональное становление врача связано не только с постепенной специализацией, но также с постоянным расширением спектра формируемых типов и форм трудовой компетентности. В плане личностно-профессионального развития для врача особое значение представляет собой конфликтологическая компетентность — неотъемлемая часть коммуникативной компетентности [4; 5]. В настоящее время, когда происходит активное вхождение правового дискурса в медицинскую практику, конфликтологическая компетентность становится одним из профессиональных стандартов современного врача.

В конфликтологическом плане профессия врача-педиатра является одной из наиболее уязвимых, так как в круг его профессионального общения включаются субъекты не только разного возраста и разного психологического состояния, но также различных социальных ролей — не только «пациента», но и «представителя пациента» — роли различной степени конкурентной ориентированности на защиту его прав и получения доступа к медицинским услугам

[6]. В свою очередь, профессиональные услуги врача-педиатра имеют высокую социальную ценность, так как их результаты оказывают не только пролонгированное влияние на формирование физического здоровья пациентов на ранних этапах их жизни, но и участвуют в формировании у юных пациентов установок в области валеологии и медицинской профилактики, а также в формировании психологического здоровья членов семьи, представляющих интересы несовершеннолетних пациентов. Конфликтогенность профессиональной среды врача-педиатра порождает высокие требования к уровню его конфликтологической культуры и компетентности в области управления конфликтами.

Согласно результатам психологических исследований, конфликтологическая культура будущего специалиста представляет собой системное профессионально-личностное образование, которое имеет специфическую психологическую структуру и проходит активное становление в период получения высшего и последующего образования в условиях специально организованной практико-ориентированной учебной среды [1; 2; 6] (рис. 1).



Рис. 1. Этапы формирования конфликтологической культуры будущего специалиста

Как подчеркивает Н. Е. Серебровская, психологическим механизмом развития конфликтологической компетентности и предпосылок к формированию конфликтологической культуры будущих специалистов в вузовский период является их «особая учебно-профессиональная деятельность, построенная на основе интегративного психолого-дидактического учебного содержания, деятельностно-компетентностное и практико-ориентированное построение учебного процесса, гуманизация и культуросообразность обучения» [2, с. 6–7].

Современная система высшего медицинского образования, ориентированная на компетентностный подход, в практическом плане нацелена на формирование у студентов общей системы компетентности в области практической медицинской конфликтологии, включая получение системных знаний в области конфликтологии; знакомство с типичными конфликтными ситуациями, а также спецификой их протекания в сфере профессиональной деятельности медицинского работника; формирование первичных навыков анализа и интерпретации действий врача и пациента с позиций теорий конфликта; ознакомление с основными формами психотехнической работы с конфликтом и возможностями их использования в сфере профессиональной деятельности медицинского работника; выработку у студентов практических навыков использования психологических техник бесконфликтного профессионального общения; получение первичных навыков управления конфликтами в медицинских системах.

Как показывает наша практика, психологическая готовность к развитию в данном направлении у студентов медицинского вуза приходит с освоением ими практических навыков и умений в реальной лечебной среде, независимо от степени их активности — примерно на 4–5 курсе. На 5–6 курсе большинство студентов-медиков уже переходят на этап активной конфликтологической деятельности в собственной медицинской практике, что обуславливает их интерес к наукоемким знаниям в области теоретической и прикладной конфликтологии.

В ходе освоения дисциплины «Конфликтология», преподаваемой в цикле обучения будущих врачей-педиатров на 6 курсе Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ), будущие врачи-педиатры получают *знания* роли конфликта как явления в социальном обществе и социальной системе медицинского обеспече-

ния; причин и предпосылок возникновения конфликтов; основных типов, функций и стадий развития конфликтов; основных причин и последствий конфликтов различных типов в сфере труда медицинских работников; условий предупреждения, механизмов разрешения и регулирования конфликтов различных типов в медицинской сфере; базовых принципов медиации конфликтов в медицинской среде; умения анализировать различные виды конфликтов в медицинской сфере, проводить диагностику характера конфликтов и взаимоотношений между их участниками; *навыки* владения диагностическим инструментарием для анализа различных видов конфликтов в медицинской, толерантного восприятия личностей конфликтогенного типа и бесконфликтного общения, определения оптимальных путей выхода из конфликтов различного типа.

Данная дисциплина максимально практикоориентирована, что создается за счет специфики ее программы и методов преподавания. В рабочий план дисциплины включены, в том числе, такие разделы, как:

- 1) *Специфика конфликта в медицинском учреждении.* Актуальность конфликтологической проблематики в современной медицинской практике. Причины и условия возникновения конфликтов в практике врача-педиатра. Структурные и динамические элементы конфликта в медицинском учреждении. Виды конфликтных ситуаций в практике врача-педиатра. Диагностика конфликта в медицинской сфере. Типология конфликтов и их специфика в медицинском учреждении. Понятие межличностного конфликта и его специфика в практике врача-педиатра. Специфика конфликтов в медицинских организациях различного типа. Трудовые и организационные конфликты в медицинском учреждении.
- 2) *Личностный фактор в протекании и управлении конфликтом.* Переоценка психологической природы и недооценка социальных факторов межличностных противодействий в практике врача-педиатра. Типы конфликтных личностей в практике врача-педиатра. Стратегии поведения в конфликте, их характеристика и последствия в медицинской практике. Внутриличностный конфликт у врача-педиатра: специфика, формы проявления и причины. Семейные конфликты и их роль в профессиональной

деятельности врача-педиатра. Формы и уровни коммуникации в конфликте в практике врача-педиатра. Управление эмоциями в конфликте. Конфликтоустойчивость в практике врача-педиатра. Технологии рационального поведения в конфликте и эффективного общения в практике врача-педиатра. Специфика общения с больным ребенком.

- 3) *Регулирование и разрешение конфликтов.* Этапы и последовательность оптимального урегулирования конфликтов в практике врача-педиатра. Критерии решенности конфликта в практике врача-педиатра. Прогнозирование и профилактика конфликтов в практике врача-педиатра. Необходимость и специфика посреднической деятельности в конфликтах в практике врача-педиатра. Типы посредничества в конфликте и их трудности в практике врача-педиатра.

Учебная работа студентов в рамках данной дисциплины также максимально практикоориентирована: она насыщена такими формами работы, как групповые дискуссии, «мозговой штурм», ролевые и деловые игры, анализ практических ситуаций из реального опыта врачей-педиатров и игровое проектирование их протекания; часть занятий проходит в форме делового психологического тренинга. Таким образом, технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины, составляют более 80% от ее общего времени.

К окончанию обучения в вузе будущие врачи-педиатры подходят, как правило, на этапе формирования конфликтологической компетентности. Таким образом, формирование конфликтологической культуры (заключительный этап) происходит у них уже после окончания вуза — в практической профессиональной среде или на последующих этапах обучения в ординатуре и аспирантуре. Причем из всех форм продолжения учебной деятельности именно практическая среда дает наибольший вклад в подобное профессионально-личностное развитие врача-педиатра.

Конфликтологическая компетентность — один из важных факторов конкурентоспособности будущего профессионала [1; 3]. Ее уровень определяет правильность профессионального поведения и действий, их четкость и соответствие конфликтной ситуации, бесконфликтность общения, владения навыками самоконтроля, в ко-

нежном итоге формируя эффективное профессиональное поведение. Уровень конфликтологической компетентности врача во многом обуславливает параметры его стрессоустойчивости, глубину и динамику эмоционального и профессионального выгорания, внутренних профессиональных и личностных кризисов. Формирование конфликтологической компетентности врача-педиатра — одна из важных задач, которая может быть успешно решена на уровне получения высшего медицинского образования, чтобы затем быть развитой до уровня повседневных практических навыков и уровня конфликтологической культуры.

Литература

1. Маркелова Т. В. Условия успешности профессиональной деятельности медицинского работника: постановка проблемы / Т.В. Маркелова, Ж.А. Шуткина, В.В. Катунова, А.И. Барыкина, С.Н. Лобанов // Вестник Костромского государственного университета, 2016. — Т. 22. № 2. — С. 64.
2. Серебровская Н. Е. Становление и развитие конфликтологической культуры будущего специалиста социномической профессии в вузовский период / Н.Е. Серебровская / Автореф. ... д-ра психол. наук. — Нижний Новгород: ННГУ, 2012. — 54 с.
3. Серебровская Н. Е. Социально-психологическая оценка конкурентной позиции сотрудника / Н. Е. Серебровская, В. В. Катунова // Современная конкуренция, 2014. — № 2 (44). — С. 113-120.
4. Фомина Н.В. Коммуникативная толерантность студентов, будущих врачей и учителей, и ее влияние на восприятие профессионально-трудной ситуации общения / Н. В. Фомина, Т. В. Маясова, А. В. Унгина // Перспективы науки и образования, 2018. — № 4 (34). — С. 239–245.
5. Цветкова Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров / Л.А. Цветкова / Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. — СПб, 1994. —168 с.
6. Ebrahimi S. Current state of professional and core competency in pediatric residency program at Shiraz University of Medical Sciences: A local survey / S. Ebrahimi, R. Rezaee // Journal of Advances in Medical Education & Professionalism, 2015 Oct. — 3(4). — P. 183–188.

Т. В. Кулемзина, докт. мед. наук, профессор

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького», Донецк, Украина

К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА: ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Traditional Chinese medicine provides an opportunity to correlate each person with the primary element of nature (not only with physical indicators — organs of the body, sense organs, taste and color preferences, etc., but also emotional, mental, temperamental). Based on traditional philosophy, medicine uses a constitutional approach that allows the patient to etiologically evaluate the disease as a derivative of internal and external causes, which allows to correct the imbalance in the body.

Key words: traditional Chinese philosophy, medicine, constitutional approach.

Ключевые слова: традиционная китайская философия, медицина, конституциональный подход.

Традиционная китайская философия (ТКФ) и, соответственно, традиционная китайская медицина (ТКМ) располагают уникальными позициями, рассматривающими человека как микрокосм в составе макрокосма (Вселенной). Выделяя пять основных элементов (дерево, огонь, земля, металл, вода), ТКФ дает возможность соотнести каждого человека с элементом (не только с физическими показателями «органами тела, органами чувств, вкусовыми и цветовыми предпочтениями и т.д., но и эмоциональными, психическими, темпераментными) [1, 2]. Конечно, «чистой» конституции не бывает, у каждого человека есть признаки и других конституций, поскольку в процессе жизни он трансформируется под действием обстоятельств и контактов.

ТКМ, базируясь на традиционной философии, этиологически оценивает болезнь как производное внутренних причин, например, эмоций (злости, гнева, раздражения, радости, размышлений, раздумий, печали, грусти, страха, фобий), чрезмерность которых способствует нарушению функций органов, и внешних причин, например, погодных условий (весеннего ветра, летней жары, сырости в меж-

сезонье, осенней сухости и зимнего холода), действующих в разные сезоны года, являющихся естественными, но при дисбалансе внутренней среды организма способствующих возникновению и развитию заболеваний [3].

Традиционная китайская медицина как лечебно-диагностическая система имеет этиологическую, патогенетическую, диагностическую, лечебную (включая методы и методики) составляющие, базируясь на синдромологическом подходе, обобщенным на момент общения врача и пациента путем осмотра, расспроса, выслушивания и исследования запахов, пальпации.

Конституциональные особенности пациента проявляются при первом контакте с врачом и достаточно серьезно влияют не только на ход и эффективность лечебного либо реабилитационного процесса, но и во многом определяют предрасположенность к тому или иному заболеванию. При наличии определенных знаний у специалиста и желании пациента (а что еще важно и в педиатрической практике – у родителей) возможно, определив конституциональный тип, применить и превентивную тактику.

Говоря об эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, следует сказать, что залогом успешности профессионального врачебного воздействия на пациента в значительной степени является умение не только слушать, но и наблюдать за пациентом (начиная с момента появления последнего в дверях кабинета).

Безусловно, в своей практической деятельности специалист по традиционной восточной медицине с первоначальным западным классическим медицинским образованием использует и классические модели взаимоотношений. Но, определив конституцию пациента и ее соответствие первоэлементу, можно применить тактику врачебного поведения согласно принципам взаимодействия элементов между собой (имеется в виду созидаящая либо деструктивная направленность).

Инженерная модель взаимоотношений «врач – пациент» с точки зрения авторов-классиков расценивается как манипулирование со стороны врача с физической составляющей организма пациента. Контакт базируется только на рассмотрении механизмов нарушения адаптации в больном организме и применении стандартных схем нивелирования признаков недуга (в рамках предусмотренных стан-

дартов оказания медицинской помощи), касающихся как диагностических, так и лечебных мероприятий. Среди недостатков, по мнению некоторых авторов, выбор лечебного воздействия не зависит от личностных предпочтений и интересов врача. И, поскольку пациент не владеет знаниями, умениями и навыками относительно собственного состояния здоровья, то и мнение его не берется в расчет при такого рода взаимоотношениях. Однако, с точки зрения восточной философии, есть пациенты с конституциональными характеристиками («деревянная конституция»), при которых тревожно-аффективный тип психической акцентуации превалирует, а эмоциональная окраска деятельности проявляется в четко выраженных гневливости, злости и постоянной раздражительности, сопровождающихся звуковыми проявлениями типа «повышенный тон, крик». При опросе такие пациенты излагают жалобы коротко, отрывисто, без возможности прервать и задать вопрос до окончания намеченного высказать, с нелестной характеристикой посещенных предыдущих специалистов и их квалификации, требованиями сделать «что-нибудь, чтобы ушла боль», подменяя жалобы произнесением диагнозов (иногда не понимая до конца их сути). В подавляющем большинстве случаев (до 90 %), опять-таки с точки зрения восточных подходов, такие пациенты предпочитают не выслушивать комментарии по поводу своего недомогания, а рассчитывают на конкретную помощь без лишних разговоров. Выражают свое недовольство по поводу вопроса «Что беспокоит?», реакцией «Сколько можно спрашивать — в каждом кабинете одно и то же, пятый врач — и снова те же вопросы! А нужна реальная помощь!». Как правило, это пациенты с заболеваниями печени и желчного пузыря, причем наиболее яркие представители — с признаками злоупотребления алкоголем либо иными токсикоманиями. В таком случае, наиболее эффективной тактика общения со стороны врача — конкретно очертить план лечения, не вдаваясь в подробности, ограничиться конкретными рекомендациями.

Подобным образом с позиции восточного подхода можно использовать «недостатки» инженерной модели у пациентов с конституцией, проявляющейся психастеническим типом психической акцентуации, эмоциями страха и фобиями, звуковыми отличиями типа «стонов» и постоянных вздохов («водная конституция»). Чаще

всего, это пациенты с заболеваниями органов мочеполовой сферы, склонные драматизировать и переоценивать свое болезненное состояние. Наиболее яркие представители — пациенты с энурезами (любого возраста). Присущая эмоциональная окраска препятствует восприятию минимальной положительной динамики и способствует постоянному ожиданию повторения ситуаций, которые явились причиной болезненного состояния. Незначительные клинические обострения в течение курса лечения провоцируют появление панических атак. В связи с этим, как показывает опыт, наиболее эффективным будет подход, при котором врач занимает выжидательную позицию, давая пациенту возможность самому отмечать динамику и делиться своими выводами об эффективности лечения.

Вторая модель — патерналистская, предполагающая проявления со стороны врача в виде заботы и милосердия, однако, в соответствии с мировоззрениями ТВФ, пациент в значительной степени несет ответственность за свой недуг, а заботиться о нем необходимо и приемлемо в том случае, если он готов к этой заботе, вниманию и милосердию, активно участвуя в процессе своего излечения. По мнению Р. Витча, при такой модели ущемляются права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние (может соотноситься с тем тезисом, что врач берет на себя 100 % ответственность за процесс выздоровления пациента, которому иногда это «не нужно» в силу либо финансового преимущества («Я плачу — Вы лечите»), либо в силу постоянного дефицита внимания окружающих и желания всегда получать внимание со стороны врача).

Однако, с точки зрения ТКМ, наиболее эффективным такой стереотип поведения врача применим к представителям конституции с паранойальным типом психической акцентуации, склонностью к задумчивости и размышлениям, излишней детализации («земляной конституции»). Подобная типологическая картина наблюдается у пациентов, болеющих гастритами, панкреатитами, язвенной болезнью желудка. Озабоченность пациентов проявляется в детальном изложении жалоб с повторениями по несколько раз, причем, при каждом последующем повторении жалоб добавляются новые детали, а также «опыт» применения различных методов и видов самостоятельного лечения. Более того, такого рода «опыт» пациенты

охотно навязывают больным с идентичными диагнозами. Особую роль для пациентов, которые обращаются с просьбой «еще раз внимательнее осмотреть и подольше задержать свое внимание», играет мимика врача, свидетельствующая о понимании ним услышанного и участливом отношении. Наиболее яркими представителями данной конституции являются пациенты с сахарным диабетом, объясняющие необходимость повышенного внимания к себе со стороны врача, особенно в случаях возникновения осложнений.

Коллегиальная модель наиболее эффективна при контактах с пациентами «металлической конституции». Пациенты этого конституционального типа отличаются желанием и способностью контролировать свое эмоциональное и физическое состояние, конкретно описывают жалобы, причины и механизмы возникновения болезненного состояния, четко и последовательно излагают свои ощущения и действия. Эмоционально в подавляющем проценте случаев пациенты отличаются признаками депрессии с элементами тоски и печали. Действенным при общении с такими пациентами является стереотип, при котором врач придерживается дружественного отношения, несколько выходящего за рамки взаимоотношений «врач — пациент». Наиболее яркие представители такого конституционно-го типа — пациенты с хроническими заболеваниями легких. Учитывая тот факт, что этим пациентам свойственны черты рационального и конкретного стереотипа мышления и поведения, залогом эффективности восстановления могут быть четкие рекомендации, которые будут выполняться, ибо эта категория больных наиболее заинтересована в скором выздоровлении и активна в плане определения и выполнения своей функции в лечебном процессе.

Иной конституцией, к которой применима тактика коллегиального взаимодействия — «огненная», проявляющейся в склонности к быстрой смене эмоций (слезы — смех), истерикам с соответствующей мимикой, присущими психалгиями, истериоформным типом психической акцентуации. Эмоционально характеризуя свое состояние, пациенты сопровождают процесс жестикуляциями и тактильной конкретизацией мест боли и раздражения, рассчитывая продолжительно удерживать внимание врача. Для такого конституционального типа характерно легковесное отношение к состоянию своего здоровья, пренебрежение здоровьесохраняющими рекомендациями.

Наиболее яркие представители « пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и женщины в состоянии предменопаузы. Коллегиальная модель позволяет сформировать у пациентов реакцию в виде участия в процессе собственного лечения, чему способствует предоставленная информация о состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и неблагоприятном исходе (в случае пренебрежения рекомендациями относительно стереотипа поведения, движения, питания и т.д.).

Подводя итог, хочется указать на интересный факт, отмеченный в 30-летней практической деятельности, касающийся взаимоотношений «врач — пациент», где в роли пациентов находились врачи, у которых также прослеживались все вышеописанные конституциональные особенности.

Таким образом, о ТКМ можно с полным правом говорить как о психосоматической медицине, эффективность подходов и принципов которой проверена временем и востребована в настоящее время.

Литература

1. Вэн-цзы. Познание тайн. Дальнейшее учение Лао-Цзы / Пер. с англ. О. Суворов. 6 М: Гаолян, 1999. 6 240 с.
2. Мачоча Д. Психика в китайской медицине. Лечение психоэмоциональных проблем с помощью акупунктуры и китайских трав. — М: Синофарм, 2013 — 704 с.
3. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. — М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. — 816 с.

Д. А. Максимов, заведующий отделением, аспирант
Тверской Областной Клинический Онкологический Диспансер,
Тверь, Российская Федерация

А. В. Асеев, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой

О. О. Сулейманова, студент
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет,
Тверь, Российская Федерация

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

The article discusses social and psychological issues of different methods of surgical treatment of breast cancer.

Key words: breast cancer, surgical treatment, rehabilitation, psychosomatic status, oncoplastic resection, radical mastectomy, social status.

Ключевые слова: рак молочной железы, хирургическое лечение, реабилитация, психосоматический статус, онкопластическая резекция, радикальная мастэктомия, социальный статус.

В мире ежегодно регистрируют примерно 1 250 000 новых случаев рака молочной железы, в России — 54 000. Заболеваемость раком молочных желез в большинстве стран увеличивается. Непосредственное улучшение методов диагностики, в частности УЗИ, маммографического скрининга, которые позволяют выявить новообразование на 1–2 стадиях, до появления нежелательных первых симптомов. Согласно мировой статистике, у 1 из 8 женщин в течение жизни будет диагностирован и пролечен рак молочных желез. Заболевание может быть и у мужчин (0,21 %). По данным авторов, соотношение мужчин и женщин в структуре заболеваемости составляет 1 : 100. Риск возникновения патологии увеличивается прямо пропорционально возрасту, 77 % пациенток старше 50 лет, на долю молодых девушек приходится 0,3 %.

Цель исследования — изучить характеристики методик хирургического лечения при раке молочной железы в социально-психологическом аспекте.

В период с 2015 по 2017 гг. в ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер» в отделении патологии молоч-

ной железы было проведено обследование 850 женщин в возрасте от 26 до 75 лет с верифицированным диагнозом рак молочной железы IA–IIIС стадии, у которых программа комплексного лечения включала хирургический метод. Сельских жителей из Тверской области было 523 (61,5 %), городских — 320 (37,6 %), иногородних жителей — 7 (0,9 %).

В группе А объем хирургического лечения заключался в радикальной мастэктомии по Маддену (РМЭ) — 517 женщин (60,8 %). Средний возраст (СВ) составил 62,1 лет.

В группе Б — органосохраняющее лечение (в классическом и онкопластическом вариантах) — 333 женщины (39,2 %). Средний возраст (СВ) составил 57,5 лет.

Средняя продолжительность койко-дня составляла 21 день. Изучения характеристик проводили при поступлении в хирургический стационар, через 1 неделю после операции и перед выпиской. Использовали стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), созданный на основе Миннесотского многофакторного личностного опросника (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory — ММПИ).

Наиболее важный принцип заключается в совмещении этапов хирургической реабилитации и хирургического удаления опухоли в молочной железе. Основное направление современной клинической онкологии — органосохраняющее лечение и проведение функционально щадящих операций с сохранением онкологической безопасности. В современное время, эффективность лечения рака молочной железы должна определяться не только количеством, но и качеством прожитых лет. Ранее в ГБУЗ ТОКОД у большинства пациенток процесс выполнения хирургического лечения рака достигался путем выполнения калечащих и сверхрадикальных операций 60,8% (группа А), а так же применения других агрессивных методов воздействия (полихимиотерапия, ДГТ), что вело, непосредственно, не только к физической и моральной ущербности, но и к глубоким психологическим расстройствам, нарушающим процессы ресоциализации и адаптации.

Инвалидность пациентки с онкологической патологией является следствием анатомических, функциональных, психологических и эстетических нарушений [6, с 23]. У пациенток молодого возраста

особенно актуален данный вопрос. Психологическая травма после удаления всей железы становится непреодолимым барьером для возвращения в нормальный социум. Пациентки молодого возраста особенно тщательно относятся к себе, жизнь без молочной железы они не представляют возможной, поэтому нельзя отказывать им в проведении реконструктивно-пластической операции, даже в случае плохого прогноза.

При выполнении онкопластической резекции особое внимание надо уделять не только дополнительным методам диагностики, лабораторным показателям крови, но иммуногистохимическим и гистологическим характеристикам опухоли, соматическому состоянию, возрасту пациентки, конституциональным факторам, размеру молочных желез. Так, Aurilio G., Bagnardi V. [1, с. 237–241] указывают, что для одномоментной реконструкции необходим тщательный отбор больных на основании иммуногистохимических характеристик опухоли. Современная стратегия хирургического лечения РМЖ направлена на решение онкологической задачи — излечения от рака и создание условий для реконструкции молочной железы [8, с. 52], способствующей ускорению и улучшению реабилитации больной. В иностранной и российской литературе указывают на большую потребность в реконструктивных вмешательствах и недостаточный объем их выполнения в связи с недостаточной информированностью пациентов, недостаточной подготовкой специалистов, недостаточной разработкой алгоритма действий.

В группе Б были внедрены органосохраняющие операции с методикой онкопластической резекции. Этот термин подразумевает резекцию железы по поводу рака с использованием методов реконструктивно-пластической хирургии для восстановления объема и формы молочной железы, но в большинстве случаев он используется с одномоментной коррекцией другой молочной железы. Впервые термин «онкопластическая операция» был применен John Bostwick III в 1986 г. [2, с. 450]. В повседневной практике у оперирующего врача имеется много вариантов онкопластических резекций. Ход и техника операции диктуются основными приёмами хирурга, онкологической ситуацией, особенностями состояния тканей, формой молочных желёз.

Отмечается значительное преимущество онкопластических резекций, которое заключается в возможности удаления больших объемов glandулярных тканей при наличии больших размеров молочных желез и воссоздании формы железы с использованием различных методик редукционной маммопластики [1–3; 5–8], что может быть использовано у больных после химиотерапии до оперативного вмешательства с эффектами частичной или полной резорбции опухолевого очага. Важным принципом операции является сохранение аспекта безопасности вмешательства, так как происходит не только уменьшение размеров железы, но и сохранение и даже перенос сосково-ареолярного комплекса (мастопексия). Достигаются долгосрочные эстетичные результаты безопасным способом.

При выполнении органосохраняющих онкопластических резекций, основывающихся на принципах эстетики и маммопластики одновременно, стоят задачи выполнить радикальную онкологическую операцию и способствовать достижению стабильных эстетических результатов. При невозможности выполнения органосохраняющей операции с онкопластическим компонентом, наличии неблагоприятных факторов прогноза, небольших размерах молочных желез на первый план выступают реконструктивные вмешательства с использованием искусственных материалов при необходимости выполнения подкожной/кожесохранной радикальной мастэктомии или с использованием аутологичных лоскутов (TRAM, TDL). Таким образом, онкопластическая хирургия становится методом выбора хирургической тактики между органосохраняющими операциями и мастэктомией, давая шанс снизить выраженность психологической травмы, связанной с лечением рака молочной железы.

Литература

1. Bagnardi V, Aurilio G, Noli F, et al. Outcome of Immediate Breast Reconstruction in Patients With Nonendocrine-Responsive Breast Cancer: A Monoinstitutional Case-Control Study. *Clin Breast Cancer*, 2015.– V. 15. – №. 5. – P. 415.
2. Franceschini G., Magno S. Fabbri C. et al. Conservative and radical oncoplastic approaches in the surgical treatment of breast cancer // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2008. – № 12. – P. 450.

3. Ермощенкова М. В., Зикиряходжаев А. Д. Проект клинических рекомендаций «Онкопластические резекции при раке молочной железы» // II Ежегодный конгресс Российского общества онкомаммологов (РООМ) с международным участием «Инновации в диагностике и лечении рака молочной железы» 3–5 сентября 2015 г. – Сочи, 2015.
4. Исмагилов А. Х., Ванесян А. С., Хамитов А. Р., Камалетдинов И. Ф. Онкопластическая хирургия молочной железы: основы, классификация, алгоритм выполнения // Опухоли женской репродуктивной системы. – №4, 2014. – С. 54.
5. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – 235 с.
6. Малыгин С. Е. Реконструктивно-пластические вмешательства при раке молочной железы. Новые стандарты и перспективы / С.Е. Малыгин, Е.Н. Малыгин, Н.Г. Рускова // Практическая онкология, 2010. – Т. 11, №4. – С. 372.
7. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии. – М.: Стройматериалы, 2001. – 194 с.
8. Хамди М., Хаммонд Д., Нахаи Ф. Вертикальная маммопластика. – М.: ООО «Биоконцепт», 2012. – 150 с.

С. М. Милехин, аспирант, врач акушер-гинеколог

ГБУЗ ТО «Областной родильный дом», Тверь,
Российская Федерация

Д. П. Дербенев, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

О. М. Чистякова, аспирант, врач акушер-гинеколог

ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр
имени Е.М. Бакуниной», Тверь, Российская Федерация

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Young doctors are most dependent on the influence of social and psychological factors. Predominance of certain value orientations affects the labor process of doctors as well as the professional socialization of doctors. Psychodiagnostic testing was performed using a highly valid and highly sensitive professional psychological methodology: a questionnaire for the study of M. Rokich's terminal value orientations which includes psychological characteristics represented by terminal values.

Key words: value orientations, terminal values, young doctors.

Ключевые слова: ценностные ориентации, терминальные ценности, молодые врачи.

Одним из главных участников медицинского дискурса является врач. На выбор коммуникативных стратегий профессионального общения огромное влияние естественным образом оказывает личность врача [3], неотъемлемой частью которой являются ценностные ориентации. Как известно, молодое поколение врачей является основой для успешного, динамичного развития здравоохранения [1]. В настоящее время в системе Российского здравоохранения отмечается явный дефицит кадров, в особенности, молодых врачей [5]. Молодые врачи являются наиболее зависимыми от влияния социальных и психологических факторов [2; 4]. Преобладание определенных ценностных ориентаций оказывает огромное влияние на профессиональную деятельность врачей, на их профессиональную социализацию, корректное и эффективное общение с пациентами для достижения оптимальных результатов лечения [6, с. 186–187].

Психодиагностическое тестирование, описанное в данной статье, выполнялось с использованием высоковалидной и высокочувствительной профессиональной психологической методики: опросник по исследованию терминальных ценностных ориентаций М. Рокича, включающего в себя психологические характеристики, представленные терминальными ценностями (18 факторов). Объектом наблюдения в нашем исследовании являлись молодые врачи до 35 лет (репрезентативная выборка состояла из 600 единиц наблюдения).

В системе терминальных ценностных ориентаций молодые врачи в основном отдавали приоритет (нахождение ценности на высоких ранговых позициях) таким индивидуально и социально значимым ценностям вне зависимости от пола, как активная деятельная жизнь, физическое и психическое здоровье, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь. Данные терминальные ценности занимают высокие ранговые позиции среди обоих полов, кроме ценности «любовь», которая находится на высоких ранговых позициях у $\frac{1}{3}$ мужчин и $\frac{3}{5}$ женщин. В таблице 1 представлено процентное распределение ценностей в зависимости от пола и в общем значении.

Таблица 1

Распределения по полу (в % к итогу) молодых врачей, по градациям репрезентативных факторов терминальных ценностей

Ценностная ориентация	Критерии	Мужчины	Женщины	Оба пола
«активная деятельная жизнь» в иерархии ценностей*	Ранговая позиция высокая (1–3)	51,7	52,8	52,5
	Ранговая позиция средняя (4–6)	31,0	34,0	33,2
	Ранговая позиция низкая (7–18)	17,3	13,2	14,3
	Итого	100,0	100,0	100,0
«жизненная мудрость» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	14,4	15,0	14,8
	Ранговая позиция средняя (4–6)	32,8	32,6	32,7
	Ранговая позиция низкая (7–18)	52,8	52,4	52,5
	Итого	100,0	100,0	100,0

Продолжение табл. 1

Ценностная ориентация	Критерии	Мужчины	Женщины	Оба пола
«физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	67,8	73,9	72,2
	Ранговая позиция средняя (4–6)	25,3	19,9	21,5
	Ранговая позиция низкая (7–18)	6,9	6,2	6,3
	Итого	100,0	100,0	100,0
«интересная работа» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	50,0	69,5	63,8
	Ранговая позиция средняя (4–6)	24,1	23,2	23,5
	Ранговая позиция низкая (7–18)	25,9	7,3	12,7
	Итого	100,0	100,0	100,0
«красота природы и искусства» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	12,1	10,6	11,0
	Ранговая позиция средняя (4–6)	19,5	14,6	16,0
	Ранговая позиция низкая (7–18)	68,4	74,8	73,0
	Итого	100,0	100,0	100,0
«любовь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	32,2	60,3	52,2
	Ранговая позиция средняя (4–6)	25,9	28,9	28,0
	Ранговая позиция низкая (7–18)	41,9	10,8	19,8
	Итого	100,0	100,0	100,0
«материально обеспеченная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	63,2	63,4	63,3
	Ранговая позиция средняя (4–6)	31,6	22,3	25
	Ранговая позиция низкая (7–18)	5,2	14,3	11,7
	Итого	100,0	100,0	100,0
«наличие хороших и верных друзей» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	38,5	28,2	31,2
	Ранговая позиция средняя (4–6)	35,6	44,4	41,8
	Ранговая позиция низкая (7–18)	25,9	27,4	27,0
	Итого	100,0	100,0	100,0
«общественное признание» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	48,9	58,5	55,7
	Ранговая позиция средняя (4–6)	32,2	32,9	32,7
	Ранговая позиция низкая (7–18)	18,9	8,6	11,6
	Итого	100,0	100,0	100,0

Продолжение табл. 1

Ценностная ориентация	Критерии	Мужчины	Женщины	Оба пола
«познание» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	18,4	23,5	22,0
	Ранговая позиция средняя (4–6)	31,0	42,3	39,0
	Ранговая позиция низкая (7–18)	50,6	34,2	39,0
	Итого	100,0	100,0	100,0
«продуктивная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	54,6	50,5	51,7
	Ранговая позиция средняя (4–6)	42,5	37,6	39,0
	Ранговая позиция низкая (7–18)	2,9	11,9	9,3
	Итого	100,0	100,0	100,0
«развитие» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	24,7	40,4	35,8
	Ранговая позиция средняя (4–6)	32,1	36,6	35,3
	Ранговая позиция низкая (7–18)	43,2	23,0	28,9
	Итого	100,0	100,0	100,0
«развлечения» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	24,1	28,9	27,5
	Ранговая позиция средняя (4–6)	28,2	24,9	25,8
	Ранговая позиция низкая (7–18)	47,7	46,2	46,7
	Итого	100,0	100,0	100,0
«самостоятельность, независимость в суждениях» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	58,6	42,0	46,8
	Ранговая позиция средняя (4–6)	32,8	34,3	33,8
	Ранговая позиция низкая (7–18)	8,6	23,7	19,4
	Итого	100,0	100,0	100,0
«счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	27,0	50,2	43,5
	Ранговая позиция средняя (4–6)	29,9	38,7	36,2
	Ранговая позиция низкая (7–18)	43,1	11,1	20,3
	Итого	100,0	100,0	100,0
«счастье других» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	18,4	24,4	22,7
	Ранговая позиция средняя (4–6)	25,9	26,3	26,2
	Ранговая позиция низкая (7–18)	55,8	49,3	51,1
	Итого	100,0	100,0	100,0
«творчество» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	12,1	20,2	17,8
	Ранговая позиция средняя (4–6)	15,5	41,1	33,7
	Ранговая позиция низкая (7–18)	27,6	38,7	48,5
	Итого	100,0	100,0	100,0

Окончание табл. 1

Ценностная ориентация	Критерии	Мужчины	Женщины	Оба пола
«уверенность в себе» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1–3)	50,0	27,7	34,2
	Ранговая позиция средняя (4–6)	24,1	38,5	34,3
	Ранговая позиция низкая (7–18)	25,9	33,8	31,5
	Итого	100,0	100,0	100,0

* В соответствии с опросником Рокича (1969) по терминальным ценностным ориентациям, где ранговая позиция определена как высокая при 1–3 месте, средняя при 4–6, низкая — при 7–18 месте.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы. Лидирующее место среди молодых врачей занимают терминальные ценности, находящиеся на высоких ранговых позициях, такие как: физическое и психическое здоровье для более $\frac{3}{4}$ респондентов, интересная работа и материально обеспеченная жизнь для $\frac{3}{5}$ молодых специалистов. Любовь, общественное признание, продуктивная жизнь — данные ценности занимают высокие ранговые позиции не многим более чем у $\frac{1}{2}$ врачей. Для мужчин и женщин абсолютно лидирующей ценностью является физическое и психическое здоровье, для почти $\frac{7}{10}$ мужчин и более $\frac{7}{10}$ женщин. На высоких ранговых позициях среди мужчин находятся: материально обеспеченная жизнь для более чем $\frac{3}{5}$ молодых специалистов, активная деятельная жизнь и продуктивная жизнь для немногим более $\frac{1}{2}$ респондентов.

Среди женщин ведущими терминальными ценностями являются: физическое и психическое здоровье для практически $\frac{3}{4}$, интересная работа для $\frac{7}{10}$, любовь для $\frac{3}{5}$, материально обеспеченная жизнь для более чем $\frac{3}{5}$ респондентов, общественное признание практически для $\frac{3}{5}$, продуктивная и счастливая семейная жизнь лидируют в качестве ценностей для $\frac{1}{2}$ респондентов женского пола.

Терминальные ценности, которые в основном находятся на низких ранговых позициях, — это красота природы и искусства, на данной позиции вне зависимости от пола у $\frac{3}{4}$ респондентов. Далее идут такие ценности, как жизненная мудрость и счастье других, для $\frac{1}{2}$ респондентов вне зависимости от пола. Данные ценности находят-

ся на низких ранговых местах, как у мужчин, так и у женщин, практически в равном процентном соотношении.

Литература

1. Говорин Н. В., Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. — Томск: ИД «Иван Федоров», 2013. — С. 6.
2. Гурьянов М. С. Образ и условия жизни медицинских работников // Вестник Российского университета дружбы народов, 2009. — (4). — С.507–510.
3. Жукова А. Ю., Соколова А. Ю. Эффективная коммуникация «врач — пациент» как основа пациентоориентированности // Материалы 5-й международной научно-практической конференции. — Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С. 89–94.
4. Стародубов В. И., Михайлова Ю. В., Леонов С. А. Кадровые ресурсы здравоохранения российской федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // Социальные аспекты здоровья населения. — №1 (13). — М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2010. — С. 4–6.
5. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — №6. — М: Шико, 2013. — С. 24–28.
6. Страхов М. А., Гавриленко Н. Г., Борисова С. С. Трансформация профессиональной медицинской речи как феномен «медикализации» современного языка // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. — С. 181–187.

О. Д. Павлова, клинический психолог

ГБУЗ Областной Клинический Психоневрологический Диспансер,
г. Тверь, Российская Федерация

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ
В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ КОМПОНЕНТ РОДИТЕЛЬСКОГО НЕВРОЗА,
В СИСТЕМЕ «СПЕЦИАЛИСТ (ВРАЧ) – РОДИТЕЛЬ – РЕБЕНОК»**

The article deals with the concept of parental neurosis, its causes and manifestations. The author discusses communication features of parents diagnosed with parental neurosis.

Ключевые слова: невроз, причины, факторы, родитель, ребенок, коммуникация.

Key words: neurosis, causes, factors, parent, child, communication.

Перед рассмотрением особенностей коммуникации в системе «специалист (врач) – родитель – ребенок» родителей, страдающих родительским неврозом, необходимо раскрыть само понятие «родительский невроз», признаки и факторы формирования, его проявление.

Понятие «родительский невроз» весьма молодое, используемое в рамках взаимоотношений и взаимодействия в системе «родитель – ребенок». Для ознакомления с данным феноменом будет необходимо провести аналогию с понятием «невроз», как устоявшегося и широко применяемого понятия и изученного расстройства.

Классическая психотерапия, основанная на работах З. Фрейда, считает, что неврозы происходят из неосознанных конфликтов в самом себе. Например, при столкновении двух противоречивых желаний или между желанием и общепринятыми нормами морали и поведения. Если человек не может справиться с такими противоречиями, он подавляет их и тем самым вытесняет из своего сознания.

Невроз – психологически обусловленное нервно-психическое расстройство (не полноценная болезнь), которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека с формированием внутриличностного психологического конфликта (непродуктивно и нерационально разрешаемого) [2. с. 439].

Невроз может возникать и под влиянием жизненной хронической неудовлетворенности, тяжелых переживаний, перенапряжений в психофизической сфере, при долгом стремлении к труднодостижимым жизненным целям, при наличии невосполнимых потерь и прочих психотравмирующих факторов.

Внутриличностный конфликт — это наличие в подсознании постоянного неудовлетворенного желания или желаний, противоречий во взглядах на жизнь и дальнейшего выбора единственно правильного поведения в жизни. Если обобщить все внутриличностные конфликты, то их можно заключить в одну общую формулу: «Я желаю чего-то (быть хорошей мамой), не могу достигнуть этого, но также не могу отказаться от своего желания (долженствование) обладать этим».

Исследования, а также результаты психологических исследований приводят к выводу, что имеет значение не сама ситуация, которая представляется как стрессовая, а именно неверное отношение к ней, как к разрушающей личное благополучное в настоящем или угрожающей личному будущему. В развитии невроза определенная роль принадлежит психофизиологическим особенностям человека. Данным расстройством чаще заболевают люди с повышенной мнительностью, эмоциональностью, демонстративностью и субдепрессивностью. Возможно, именно поэтому большая эмоциональная лабильность женщин (мам) является одним из факторов, приводящих к тому, что развитие родительского невроза у них наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин (пап).

Можно выделить следующие причины возникновения родительского невроза, выявляемые в процессе сбора жалоб и анамнестических данных:

- тупиковые и сложные ситуации, из которых трудно найти правильный выход;
- невозможность расслабиться и отдохнуть;
- повышенное чувство ответственности, которое провоцирует напряжение;
- переутомление;
- сложная эмоциональная обстановка дома.

Психолог Л. Петрановская [4; 5] называет родительским неврозом состояние, когда родитель думает о ребенке, о проблемах с ре-

бенком, о его поведении, развитии гораздо больше, чем о себе самом, о своих интересах и потребностях. Невроз проявляется в виде многочисленных симптомов (без психотических) как в эмоциональном, так и физическом состоянии. Данные предъявляются родителями в виде жалоб на собственное состояние и самочувствие:

- чувство нервного напряжения, которое родителями трактуется как изменения своего поведения, которое проявляется даже при незначительном стрессе. Родитель отмечает, что стал более раздражительным, агрессивным, кричит, не может себя сдерживать, либо, наоборот, появилась отстраненность, слезливость, «опускаются руки»;
- чувство вины — отрицательно окрашенное чувство после совершенного поступка, который кажется причиной негативных последствий для других или себя;
- тревога — эмоционально заостренное ощущение предстоящей угрозы, поясняется чаще как ожидание чего-то плохого, беспокойство, ожидание события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать неприятными последствиями, не справиться с родительством в целом;
- страхи — аффективное отражение в сознании конкретной угрозы для жизни и здоровья ребенка;
- фобии, когда ситуации и объекты условно не являющиеся опасными, вызывают тревогу и страх;
- сниженное настроение: утрата прежней эмоциональной реакции на события, потеря интересов и пробуждение тревоги, склонность впадать в отчаяние даже по пустякам, повышенная плаксивость. Родители отмечают, что уже не видят ничего хорошего в своей жизни, мало что радует, они полностью погружены в семью;
- бессонница;
- нарушенная работа систем организма: колебания артериального давления и пульса, нарушения в деятельности желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы, учащенное дыхание, запор или/и понос, вздутие живота, и т.д.;
- нарушение кожной чувствительности;
- общая слабость;
- быстрая утомляемость;
- боли с различной локализацией (голова, грудная клетка, живот, область сердца, и т.д.).

Можно выделить 6 факторов, которые формируют родительский невроз:

1. Потребительское поведение. В мире огромное количество товаров и услуг, которые якобы могут помочь родителям воспитать «суперребёнка». Чтобы их продать, рынок постоянно пытается подводить родителей к мыслям, достойны ли они всего этого, дают ли они детям достаточно, счастливы ли их ребенок без определенных вещей.
2. Всеобщее обозрение. Фактор социальных сетей тоже оказывает значительное влияние на развитие родительского невроза, когда взрослые показывают свои достижения, размещая в них всё самое лучшее, «отрегушированное». При этом никто не делится фотографиями, где ребёнок грязный, чумазый. Это приводит к тому, что начинается сравнение себя с другими: «У других дети как дети, а у меня?», «Все примерные матери, а я?».
3. Родительские амбиции. Если бы у современных родителей было несколько детей, то была бы возможность распределить между всеми свои ожидания и амбиции. А в более традиционной ситуации, когда ребёнок один, все ожидания сфокусированы на нем одном. Единственный ребенок должен быть одновременно и умным, и красивым, и чистым. Его развитие должно соответствовать тем ступеням развития, которые приводятся в многочисленных источниках без учета индивидуальных особенностей каждого отдельного ребенка. Поскольку реальность вряд ли может быть таковой, общество получает типичного современного родителя в состоянии невроза.
4. Энергозатратное принятие решений. Очень просто воспитывать детей так, как это делало много поколений до нас. Раньше семьи жили в одной деревне столетиями, одним и тем же способом они добывали хлеб, одинаково проводили праздники. В целом структура жизни не менялась. Были модели поведения, которые в непонятных ситуациях использовали предки. И эти решения они принимали автоматически, не обдумывая их, не затрачивая время. Современные родители находятся в ситуации, когда структура жизни от поколения к поколению меняется больше, чем полностью. Отдел мозга, который занимается принятием решений, выработкой стратегии, оценкой — самый энергоёмкий.

А родитель целый день принимает решения: надеть подгузник или не надеть? Положить с собой спать или не положить? Заниматься или не заниматься? Пойти гулять или остаться дома? Взять с собой в отпуск или нет? А ещё огромное количество мелких решений: разрешить или не разрешить? Дать или не дать? Сказать или не сказать?

5. Расхожие мнения родственников. Когда родитель находится в состоянии растерянности, его могут еще окружать родственники, которые говорят, что всё делается не так, у всех них могут быть совершенно разные мнения. Прерывание традиции воспитания — сложное многофакторное явление. На место старой системы должна прийти новая, а какая она будет? Возможно ли в рамках одного или двух поколений создать новую устойчивую систему воспитания? И как эта система будет чувствовать себя в быстро изменяющемся мире? Итак, задача стоит сложная: старая система отторгнута, на построение новой системы нужно время, могут возникать трудности, периоды неустойчивости, ошибки. Родители пытаются найти опоры в различных теориях воспитания, обращаются к психологам, педагогам или священникам за советом. И именно здесь, столкнувшись с множеством мнений, могут начать страдать «родительским неврозом».
6. Многообразные теории психологов. Когда появилась глубинная психология, эксперты стали изучать подсознание, детский опыт. Это было грандиозное открытие, которое произвело огромное впечатление. А после любого открытия наступает период редукционизма, когда всё, что наблюдается, хочется подстроить под этот принцип. За XX век психологи создали большое количество теорий о том, что всё в жизни человека происходит из-за отношений с родителями. Эти теории были общепринятыми и очень авторитетными, про них писали монографии и диссертации, но в конечном итоге их не подтвердили научно. К примеру, была теория, что аутизм происходит из-за равнодушия матери, шизофрения — из-за противоречивого отношения родителей к малышу, а незрелые личности вырастают у тех, кто сильно любит своих детей. А когда это идёт в широкие массы, оно упрощается, уплощается и вульгализируется.

Особенности коммуникации родителей страдающих «родительским неврозом» в системе «специалист (врач) — родитель — ребенок»:

1. Родители (чаще мамы) чувствуют себя плохо, осознавая разрыв реальности и идеала. Женщины воспринимают материнство и семью, как дело всей своей жизни. Именно от этой области ожидается главное жизненное удовлетворение. Итак, в результате «невроза родителя», женщина чувствует себя неблагополучно, что отражается на ее жизненных возможностях, отношениях с близкими и вообще качестве жизни. Становится явным затрудненное формулирование ожиданий, запросов, направленных в адрес специалиста (врача), что в свою очередь может стать возникновением непонимания и в целом невозможным удовлетворения истинных интересов и потребностей обратившегося родителя [1, с. 37].
2. Сосредоточенность на себе (а невроз замыкает человека на себе), то родителю не до интересов других, он их плохо видит. И получается парадокс: вроде бы именно интересы другого (ребенка) являются центром внимания родителя, но в то же время переживания на тему — «достаточно ли я хорошая мама», не дают по-настоящему увидеть этого ребенка. Родитель все время сидит у себя в голове и перебирает привычные мысли, поведение ребенка становится только стимулом, чтобы запустить знакомую цепочку сомнений. В момент этих сомнений взрослый больше озабочен собой, нежели видит ребенка. А что происходит с ребенком? Чего он хочет, что чувствует? Чтобы это узнать, надо переключиться на него, а не перебирать в голове изученные теории.
3. Родители могут чувствовать свою вину буквально за все. Ребенок часто плачет, повышенно тревожен, ребенок слишком капризен, он не нашел себя в детском коллективе, слишком застенчив или плохо учится? Наверняка это связано с нарушением какого — то важного периода в развитии ребенка. Если бы все было сделано правильно, то, конечно, неприятностей удалось бы избежать. Такой бесполезный и мучительный ход мыслей расстраивает родителей, заставляя их слоняться по замкнутому кругу с погружением в собственную несостоятельность и чувство вины. Возникает своего рода дистанцирование от реальности с фиксацией на уже события прошлого, со слабой возможностью отслеживать актуальные потреб-

ности и находить резервы для их удовлетворения. В том числе игнорируется и возможная помощь со стороны специалистов, что приводит к необращению за консультацией или на момент обращения акцент сводится на мнимые, малозначимые, ложные проблемы, т.к. признаться еще кому-то в своей несостоятельности кроме себя самого весьма стыдно.

4. Родители, заболевшие «неврозом хорошего родителя» почти никогда не бывают естественными со своими детьми, они постоянно видят ситуацию через призму своих знаний. Ровно так же выстраивается коммуникация со специалистом, искажается полученная информация, придается сверхценность одним озвучиваемым проблемам и недооцениваются, замалчиваются другие.

Литература

1. Гавриленко Н. Г., Федурко Ю. В., Сорокинина Т. В. Эффективная коммуникация врача и родителей на педиатрическом приеме: вербальные и невербальные аспекты // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 3-й межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2015. — С. 35–40.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М.: «Медицина», 1990. — 576 с.
3. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2002. — 960 с.
4. Петрановская Л.В. Большая книга про вас и вашего ребенка. — М.: АСТ, 2017. — 370 с.
5. Петрановская Л.В. Тайная опора: привязанность в жизни ребенка. — М.: АСТ, 2015. — 210 с.
6. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. — М.: Академический проект, 2015. — 620 с.

Ю. М. Пасовец, канд. социол. наук, доцент, доцент кафедры социологии

ФГБОУ ВО Курский государственный университет, Курск,
Российская Федерация

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ГОРОДСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ СОСТОЯНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ УСЛОВИЯХ

The paper notes the need to understand the self-assessment of health as the main indicator of public health. On the example of the Kursk city population, the attitude of citizens to their health is considered; it is characterized by social categories depending on age, gender, level of education and income level. Conclusions are drawn about the prevalence of low self-esteem in the overall picture of the subjective measurement of health, about the economic factor — the level of income as the greatest importance for the differentiation of attitudes towards health.

Key words: self-assessment of health, health, gender and age structure, education level, income level, urban population, Russian society.

Ключевые слова: самооценка состояния здоровья, здоровье, поповозрастная структура, уровень образования, уровень доходов, городское население, российское общество.

Работа выполнена в рамках реализации проектной инициативы «Социально-демографические характеристики здоровьесберегающего поведения населения города Курска», поддержанной Администрацией города Курска Курской области.

Актуальность исследования проблематики субъективного изменения здоровья, связанного с осознанием и самооценкой его состояния индивидами и социальными общностями, обусловлена необходимостью учета этой составляющей в определении приоритетов и целей социальной политики на разных уровнях управления: федеральном, региональном и муниципальном. В этом контексте следует принимать во внимание значимость здоровья населения, или общественного здоровья, как ключевого социального ресурса развития территории: и страны в целом, и ее регионов [3]. Исходя из этого, возрастает роль конкретных социологических исследований отношения населения к своему здоровью, результаты которых по-

зволяют выделить специфику этого измерения общественного здоровья в региональном и муниципальном масштабе.

В современном научном знании здоровье рассматривается и как медико-биологическая, и как социальная категория. В концепции здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) оно понимается как состояние полного физического, душевного (психического, психологического) и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов [1]. В рамках такого подхода раскрывается как медико-биологический аспект здоровья, связанный с физическим и психическим состоянием человека, так и социальный аспект здоровья, обращаясь к социальному благополучию как показателю благоприятности социальных условий.

Наряду с этим к настоящему моменту в науке произошло переосмысление роли самооощущения и самооценки человеком состояния своего здоровья, когда субъективные оценки индивидом состояния своего организма стали рассматриваться как объективные показатели его здоровья. Вследствие этого для характеристики здоровья населения приобретает значение отношение к здоровью на индивидуальном и общественном уровне. Как отмечает И. В. Журавлева, показателями отношения индивида к здоровью выступают самооценка здоровья, его ценность и удовлетворенность им, а также здоровьесберегающие практики [2].

Для характеристики социально-демографических особенностей субъективного измерения здоровья городского населения в современной ситуации обратимся к результатам социологического опроса, проведенного нами среди взрослого населения города Курска (в возрасте от 17 лет и старше) в 2017 г. Объем выборочной совокупности исследования составил 550 человек. Выборка исследования формировалась по квотному принципу; при квотировании учитывались пол, возраст, уровень образования и занятость.

По данным опроса, большинство населения города Курска (64,4 %) оценивает состояние своего здоровья как удовлетворительное и около десятой части курян (8,2 %) — как плохое (табл. 1). Только около пятой части жителей города (22,5 %) считают свое здоровье хорошим.

Таблица 1

Самооценка состояния здоровья городским населением

Варианты ответов	Количество человек, %
Хорошее	22,5
Удовлетворительное	64,4
Плохое	8,2
Трудно сказать	4,9
Итого	100,0

Тем самым в субъективном измерении общественного здоровья преобладает низкая оценка его состояния, складывающаяся как совокупный результат самооценки курящими уровня своего индивидуального здоровья. В этом плане возникает необходимость в выявлении и анализе социально-демографических особенностей такой самооценки, что позволит говорить о половозрастных и социальных группах городского населения с определенным уровнем самооценки состояния своего здоровья.

Как показывает анализ распределения данных в зависимости от пола респондентов, существенных различий в самооценке состояния своего здоровья между мужчинами и женщинами не наблюдается. Большая часть и первой, и второй социально-демографической общности характеризует состояние своего здоровья на невысоком уровне (табл. 2).

Таблица 2

Гендерные особенности самооценки состояния здоровья у городского населения, %

Варианты ответов	<i>Пол</i>	
	Мужской	Женский
Хорошее	25,2	20,1
Удовлетворительное	59,5	68,8
Плохое	9,2	7,3
Трудно сказать	6,1	3,8
Итого	100	100

Вместе с тем распределение оценок респондентами состояния своего здоровья по возрастным категориям (в нашем случае по по-

колениям: молодежь, среднее и старшее поколения) проявляет отличия в этом вопросе между группами. Так, среди молодежи оказывается значительно больше тех, кто считает свое здоровье хорошим, и меньше тех, кто оценивает его на «удовлетворительно». При этом среди представителей старшего поколения 16,8 % респондентов дают своему здоровью самую низкую оценку и только 6,9 % хорошую (см. табл. 3). По сравнению с другими возрастными группами старшее поколение горожан чаще имеет неудовлетворительное состояние здоровья. Подобные результаты оказались ожидаемыми и являются субъективными подтверждениями объективной картины заболеваемости в возрастном разрезе.

Таблица 3

**Возрастные особенности самооценки состояния здоровья
у городского населения, %**

Варианты ответов	<i>Возраст</i>		
	Молодежь (17–29 лет)	Среднее поколение (30–49 лет)	Старшее поколение (50 лет и старше)
Хорошее	44,0	28,2	6,9
Удовлетворительное	47,4	65,8	71,6
Плохое	4,3	0,5	16,8
Трудно сказать	4,3	5,4	4,7
Итого	100	100	100

Обращает на себя внимание тот факт, что распределение данных в зависимости от уровня образования обнаруживает ряд различий между социальными категориями горожан. В категориях лиц с основным общим и начальным профессиональным образованием значительны доли лиц с низкой самооценкой состояния здоровья (33,3 % и 18,8 % соответственно). В то же время, 40,7 % лиц с незаконченным высшим образованием, состоящей в основном из студенческой молодежи, называют состояние своего здоровья хорошим.

Дифференциация между социальными категориями населения города в этом вопросе прослеживается и по уровню доходов курян (табл. 4). Так, среди лиц с невысокими среднедушевыми доходами в семье (до 15 тысяч рублей в месяц на одного человека в семье) боль-

ше тех, кто оценивает свое здоровье как неудовлетворительное (10,8 % от числа категории). Однако в верхней экономической страте наблюдается совершенно иная картина: большинство лиц с высокими среднедушевыми доходами в семье (свыше 30 тысяч рублей в месяц на одного человека в семье) считают свое здоровье хорошим (58,8 %).

Таблица 4

**Социально-экономические особенности
самооценки состояния здоровья у городского населения, %**

Варианты ответов	<i>Уровень доходов в месяц на одного человека в семье</i>		
	До 15 тысяч рублей	15–30 тысяч рублей	Свыше 30 тысяч рублей
Хорошее	16,5	28,8	58,8
Удовлетворительное	67,0	62,3	35,3
Плохое	10,8	5,1	?
Трудно сказать	5,7	3,8	5,9
Итого	100	100	100

Таким образом, анализ эмпирических данных на примере населения города Курска показывает, что в субъективном измерении общественное здоровье городского населения характеризуется преобладанием удовлетворительных (невысоких) оценок состояния своего здоровья. При этом к числу его социально-демографических особенностей следует отнести дифференциацию таких оценок по возрасту, уровню образования и доходам. Наиболее значимым для формирования специфики восприятия своего здоровья горожанами оказывается экономический фактор, связанный с различием в уровне доходов.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/> (дата обращения: 03.10.2017).
2. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии Рос. акад. наук. М.: Наука, 2006. 238 с.
3. Пасовец Ю. М. Потенциал здоровья населения региона [Электронный ресурс] // Ученые записки. Электронный журнал Курского государственного университета, 2008. – №1. – Режим доступа: <http://scientific-notes.ru> (дата обращения: 22.02.2018).

И. В. Чернова, канд. филол. наук

ФГБОУ ВО Кубанский государственный университет, Краснодар,
Российская Федерация

DISCOURSE IN MEDICAL TOURISM

The aim of the article is to contribute to an understanding of the growing phenomenon of medical tourism through the discourse perspective. The advance of the internet and the emergence of new companies and agents to serve as middlemen between international patients and hospital networks which help patients to easily access price and any other information have led to the rise in the number of medical tourists. To analyze the websites promoting medical tourism and patients' feedback means to analyze how health care service providers communicate their products and services to the customers and what customers really consider to be important. The article presents the decision-making process of potential medical travelers, mainly concerning the practitioners/hospitals of a foreign country.

Key words: discourse, medical tourism, medical practices, patient — clinic communication.

Ключевые слова: дискурс, медицинский туризм, медицинские учреждения, коммуникация «пациент — лечебное учреждение».

Discourse plays an important role in medicine, and medical discourse in the broadest sense (discourse in and about healing, curing, or therapy; expressions of suffering; and relevant language ideologies) has profound anthropological significance. As modes of social action, writing and speaking help constitute medical institutions, curative practices, and relations of authority in and beyond particular healing encounters [6]. In this article I am going to analyze how people who get a new status and become patients and who have to experience certain medical practices talk about the new world around them. It is also important to supply the article with the definition of medical tourism. By medical tourism I understand the practice of patients intentionally travelling to a non-residential foreign country for more than a day-trip to participate in elective medical interventions, such as surgical, cosmetic, dental treatments in order to gain beneficial outcomes in the nature of either economic, personal, or health advantages.

In today's competitive health care market, "consumers have more options in the selection of health care organizations than ever before, hence, managers need to understand how consumers make their choices and what factors are taken into account when these decisions are made" [4, p. 20-21]. According to a study that deals with this topic, consumers' decisions of hospital choice are effected by four factors including behaviors of hospital staff; reputation and image of the hospital; quality of health services; and cleanliness of the physical facilities [1]. I can also add to this list the factor of cost efficiency and the waiting period factor.

As discourse is a form of communication, I analyze the communication between clinics involved in medical tourism and patients to understand which part of the process is considered to be important when experiencing such form of intervention. On their websites the clinics that offer the medical tourism practice give the description of:

- 1) the clinic itself (GYNEM IVF is a state-of-the-art clinic devoted to IVF in Prague, Czech Republic. The brand new building has been designed with the needs of foreign patients in mind);
- 2) the experience in the area (The clinic is run by a family-based company with many years' experience in the field of assisted reproduction and in medical tourism);
- 3) the high standards of treatments provided (Dental Clinics provide top quality cosmetic and restorative dental treatment. They offer a range of dental treatments including: dental implants, root canals, bridges and prosthodontic treatments. GYNEM IVF offers all the latest methods for in vitro fertilisation, including ICSI, PCSI and preimplantation genetic diagnosis (PGD), which significantly increases the chances of a successful conception and birth);
- 4) the equipment for these treatments (Upholding excellent clinical standards, their dental clinic is well equipped with the latest dental technology and microscopes. Equipped with the most up-to-date technology);
- 5) qualification of the staff (doctors, nurses) (In addition, their highly experienced staff regularly undergoes training so they are up-to-date with the latest advancements. The staff at HCB have many years' experience in providing hospital services for all nationalities);
- 6) the cost-effectiveness of the treatment (GSD Dental Clinics offers affordable dental treatment, with customers saving up to 60% off their

treatment price when compared to the UK. Prices are clear and affordable with special packages available and clients are supported throughout their stay with additional services at no extra cost);

- 7) the absence of language barriers (They (doctors and other medical staff) speak English, Portuguese, French and Spanish). With English speaking staff there is no language barrier. Their expert staff is supported by a multilingual team of interpreters whose role is to accompany and support overseas visitors giving them the most personalised care possible).

The Internet offers patients the opportunity to find websites created by former medical tourists to share their experiences which can act as an information source for those at the decision-making stage. First-hand accounts of medical tourists' experiences are found mostly in reports and media sources. These accounts typically focused on one of the three things: 1) positive and negative aspects of medical tourism; 2) sensationalized issues; and 3) reports of post-recovery life. Topics often covered in these accounts ranged from reports of being satisfied with the care received and the benefits and drawbacks of recovering in a relaxing tourist locale away from home to the experience of deciding on a particular hospital. The perspectives offered on these issues were quite broad, and covered both positive and negative experiences. On the more negative side, accounts covered details such as patients having to borrow heavily from family in order to access care abroad and concerns about being treated by foreign doctors who may speak a different language and have different care standards.

One of the more sensationalized topics shared in patients' published accounts of medical tourism were stories of their own and others' expectations of cleanliness and care quality in hospitals abroad. A patient reporting on care having been received in Thailand said: "...this is not a straw-village clinic with rusty scalpels!"; meanwhile another who accessed dental surgery in China reported: "It was dubious when you looked at it [the clinic], but when you got into the place they were competent, intelligent, and did everything they had to do". It is not surprising that patients emphasized such issues in their accounts given that there were reports of having to counter others' perceptions of care abroad. As a woman from the US who had received surgery in Thailand explained:

They [friends, family, and others] roll their eyes up in their heads and say, “I can imagine” and I say, “no, you can”t...I went down and had lunch at the Starbucks in the lobby of the hospital, came back up and the doctor had on his desk the most beautiful file, all bound with tabs and everything, with all the results of the tests that they had done’... Something like that, as you know, is impossible in America...I mean, it’s inconceivable. (Mydans A6+).

Others shared this experience, including another US patient who said, “When I told people I was having surgery in Southeast Asia, some looked at me like I was crazy. They were clearly imagining me in a straw hut with someone holding fishing line and tweezers”. Others’ accounts focused on how care at hospitals abroad was not as sterile as they had expected [3, pp. 131–135].

Retrospective, post-recovery reports were abundant in the media sources reviewed. In these accounts former medical tourists reflect, overwhelmingly positively, on their experience overall and the positive impact that receiving a treatment abroad has had for their health. A former Canadian medical tourist had this to say:

Life is too precious. I’m in my early 50s and I have lots of things to do in my life and one of them isn’t lying at home in pain... I’m a Victoria firefighter. I have been for 29 years and I don’t want to retire that way, you know, with a disability [2].

Accessing surgery abroad enabled him to maintain his employment. Another Canadian retrospectively proclaimed “I think it’s the best money I’ve ever spent” [5], with regard to having paid out-of-pocket for surgery in India.

Having read more than a hundred different reviews from patients who experienced medical treatment abroad, I chose some of them to give more detailed analysis of the language of the patients’ word-of-mouth and illustrate how foreign patients describe and comment on their experience. In my opinion, it is very vital for companies who are in medical tourism business to monitor the patients’ word-of-mouth since it is the shortest and the most effective way to understand their potential clients and improve the advertisements adjusting them to the real needs and demands of the real (flesh-and-blood) patients.

In the first review I came across “Breast Implant Removal and Lift” submitted on 15 Feb 2017 the patient writes (the spelling wasn’t changed):

After spending hours browsing the internet I finally booked my treatment for 16th November 2016 with Adam Kalecinski of Professional Beauty. Travelling alone naturally I was *feeling extremely anxious* and very *apprehensive* of how the treatment would go and what the end results would look like. Having already had two breast procedures in the UK by well-known clinics I *honestly thought* I was taking *a gamble* on this when booking but, nevertheless, went ahead with it anyway. I arrived at the airport where I was welcomed by Anna one of the two taxi drivers who work solely for the clinic. Anna drove me to the hotel which I had booked separately and then arranged a time and place to collect me the next morning. I remember my first impression of the clinic being clean and friendly which continued throughout the entire time I was there. The operation itself is *much better* than I had ever hoped for, Adam has done an *amazing job*, the results are *incredible* and I would highly recommend his work to anyone considering doing the same. (*TreatmentAbroad.com*)

In this review, the patient starts sharing her experience of treatment by telling the reader how she felt before the trip to hospital (I was feeling extremely anxious and very apprehensive of how the treatment would go). Emotional component that is totally eliminated from formal clinic advertising is the main feature of the patient’s reviews. She also uses expressive adjectives like incredible and amazing to praise the job of the doctors and the results of the surgery or treatment. Therefore, the patient pays attention to the waiting period before the procedure and the results after it.

I have also noticed that there were many reviews where patients highlighted the cleanliness of the clinic as a significant part of their overall impression about it (e.g.: I remember my first impression of the clinic being clean...; the clinic was spotless; clean, modern and relaxing environment; after care was brilliant very clean and tidy).

Another review titled “No need to worry” by Finally Did It submitted on 6 Dec 2016 is short but sound and it covers all the themes I have highlighted so far: the qualification of doctors, treatment without any threats, risks and negative consequences and cleanliness of the clinic:

Excellent care. Excellent treatment. Lovely staff. Clean, modern and relaxing environment. I am pleased with my choice of clinic and would recommend the Noa clinic. (*TreatmentAbroad.com*)

Some reviews highlight the process of getting to a hospital. In the review “Excellent service excellent staff very very professional” submitted on 23 November, 2016 IMY London writes:

Visited Adam in October 2016 for gyno surgery, everything was made just soo easy, *from being collected from airport, to the driver even knowing where i was staying.*” In another review we find the following words: “The outcome of the surgery is even better that I was expecting. The clinic is spotless. From the clinics *taxi drivers who pick both up at the airport and transport you back and to the clinic* to the receptionists and nurses. (*TreatmentAbroad.com*)

The overwhelming message that we saw was one of satisfaction, even if the medical tourists had not achieved the clinical outcome that they desired. Typical statements were:

- This is the best thing I’ve ever done.
- Very helpful, very friendly it’s just unfortunate it’s so far away that you can’t have the treatments you could have if you lived there. It was a very positive experience it’s just unfortunately it didn’t turn out good for me.
- I had received the best treatment and service and amazing quality for what I spent.
- Lots of Brits in clinic, so make you feel even more confident and comfortable!!!

It was commonly observed that the facilities were clean and that language barriers were very rarely an issue. In only a small number of cases did any of the customers suggest that their experience was negative and nearly all insisted that they would recommend the process to others. Of course, there is the possibility that people who have received particularly poor treatment would be motivated to share their story; however, we encountered only one example of this. It would have been useful to hear from those who had not, although this would undoubtedly be a very difficult experience to share.

To sum up, I managed to aggregate and rank the main themes of the patient’s ratings:

1. The quality of care (Adam and his team were *super professional, super high standards*, money was not their main objective, the *service was!!! fantastic nurses!! they really look after you, and go beyond the call of duty if need be!! Best experience of my life! Best doctor I could have found!* They helped every step of the way! They were *so professional, welcoming and I always felt more than comfortable!* Their *staff was so accommodating* and all my questions got answered immediately! I've had *the most delicate care by the most caring, wonderful, helpful, smiling and positive team ever*).
2. Outcome of treatment (Dr & Nurses back in uk have praised *how neat my scars are*. Started out as a 32 A, small B and now I am a 32D and I LOVE it!!! My *expectations have been MORE THAN exceeded* this whole experience! I travelled for the operation 2 weeks later, spent 3 days abroad and *returned home fully treated*).
3. Value for money (It was *cheaper than private treatment* in the UK and also much quicker).
5. Patient communication (Lots of Brits in clinic, so make you feel even more confident and comfortable!!)
6. The opportunity to come with a companion (*My husband and I were greeted* at the airport and taken to our 4 star hotel prior to me going in for surgery the following day).

First-hand accounts of medical tourists' experiences found in media sources were focused on one of the three things: 1) positive and negative aspects of medical tourism; 2) sensationalized issues; and 3) reports of post-recovery life. Patients in their commentaries highlighted the quality of care, the outcome of treatment, the value for money, patient communication, and the opportunity to come with a companion. Medical tourism as a research topic is relatively new and can be investigated from various perspectives including the discourse perspective.

References

1. Berkowitz Eric N., William A. Flexmer The market for health care services: Is there a non-traditional consumer? // Journal of Health Care Marketing. – Vol. 1, 1981. – P. 25–34.
2. Copeland J. Canadian Medical Tourist in India // CBC News, 2004. – [Electronic resource]. – URL: http://www.cbc.ca/news/viewpoint/vp_copeland/20040920.html (access date 26.03.2017).

3. Hewitt Bill et al. The Doctor is in... INDIA // People. – Vol. 65, 2006. – P. 131–135.
4. Tengilimoglu Dilaver et al. The Role of Public Relations Activities in Hospital Choice // Health Marketing Quarterly. – HaworthPress. – Vol. 24(3–4), 2007. – P. 19–31.
5. Termonti Anna Maria The Current // CBC Television, 2005 [Electronic resource]. – URL: <http://archives.cbc.ca/programs/719/> (access date 26.03.2017).
6. Wilce James M. Medical Discourse. – Vol. 38. – P.199-215 [Electronic resource]. – URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164450> (access date 26.03.2017).

4.

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ
ВРАЧА**

С. А. Агаджанян, канд. филол. наук, преподаватель

ФГОУ ВО «Московский государственный университет
имени М. В. Ломоносова», Москва, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-НОСИТЕЛЕЙ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА (НА МАТЕРИАЛЕ ЗАРУБЕЖНЫХ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ)

The present article focuses on the linguistic recommendations of building a successful medical consultation for English-speaking doctors. It was revealed that doctor — patient communication guides emphasize the importance of terminology explication, a necessity to avoid the use of jargon and slang and to reduce the number of euphemisms in the speech. These guidelines can be potentially used to enhance the quality of doctor — patient communication in Russian hospital.

Key words: medical consultation, doctor, patient, metaphor, euphemism.

Ключевые слова: медицинская консультация, врач, пациент, метафора, эвфемизм.

Как в западной, так и в российской медицине в настоящее время все больше внимания уделяется качеству коммуникации между врачами и пациентами как гаранту успешного лечения. Однако необходимо отметить, что тема особенностей коммуникации между врачом и пациентом по-прежнему остается недостаточно представленной в отечественной лингвистике. Большая часть исследований в данной сфере проведена в США и других западных странах. Особый интерес вызывают психологические, культурные, этнические, социальные, личностные факторы, влияющие на ведение консультации и ее результат. Однако немаловажную роль играют и исследования, посвященные чисто лингвистическим деталям медицинского консультирования, а также рекомендации, сформулированные на их основе. Для анализа лингвистических рекомендаций по ведению медицинской консультации нами были выбраны учебные пособия, составленные для врачей-носителей английского языка британскими и американскими авторами.

Прежде всего, следует сказать несколько слов о рекомендациях по использованию терминологии для врачей. Основной вектор, свя-

занный с терминологией в речи врача, можно назвать экспликационным. Иными словами, учебники в большинстве своем не указывают на необходимость полностью избегать терминологии в общении с пациентами, но во всех пособиях подчеркивается важность «перевода» таких лексических единиц на общеупотребительный язык. Авторы приведенной ниже рекомендации также указывают на необходимость хотя бы примерно понимать уровень образованности пациента, так как во многом именно от этого зависит степень понимания терминологии с его стороны:

«...you should pay close attention to the patient's responses to questions, emotional state and intellectual level, as these directly affect what may need to be explained in more detail. It is important to check patients' understanding of certain terms. Some patients, for example, may think that a tumour means that they don't have cancer» [4, с. 65].

В целом экспликация выполняет дополнительную превентивную функцию, позволяя врачу обезопасить себя от недопонимания со стороны больного. Эта точка зрения поддерживается многими практикующими врачами-носителями английского языка, а также лингвистами, которые специализируются на коммуникации «врач — пациент». Так, Т. Хольман (Т. Holman) указывает на необходимость экспликации даже тех терминов, которые с точки зрения врача просты и понятны: *«...patients do not always understand the medical terms that are part of a doctor's everyday vocabulary. It may be difficult to know whether your patient understands you. And sometimes, simply asking if they understand is not enough, because they could be ashamed or embarrassed to admit their ignorance» [2].*

Что касается особенностей экспликации, то в этом отношении практически все исследователи оказываются единодушны: метафора выделяется как самый действенный инструмент для объяснения значения терминов. Упоминается также необходимость такого способа экспликации, как подбор наиболее понятных метафор в зависимости от того, в какой сфере деятельности работает пациент, с последующим дополнительным объяснением этих метафор. В целом специалисты в области коммуникации «врач — пациент» подчеркивают эффективность всех образных средств языка для достижения понимания со стороны пациента, определяя врачебную профессию как «переводческую»: *«There is also an art to modify your*

explanation depending on the patient. A plumber has a very good understanding of pumps and water pressure — this can serve as a good analogy for the heart. Athletes could understand better if you describe the heart as a muscle that contracts to perform a certain amount of work over time <...> One of our roles in this profession is to serve as a translator for our patients» [5].

Еще один важный аспект, который можно найти в учебниках по коммуникации между врачами и пациентами, — способ верификации информации, связанный с просьбой к пациенту объяснить значение тех терминов, которые он услышал от врача. Некоторые авторы полагают, что такая «зеркальная» экспликация помогает предотвратить недопонимание и, как следствие, недоверие: *«The first thing to be acutely aware of when taking a medical history is your use of jargon and terminology. You cannot assume that patients will know the meaning of even relatively everyday words like «hypertension», or what pain «radiating» means, let alone what dyspnoea is. <...> Therefore, you should always translate «medspeak» and medical jargon into everyday language. <...> If a patient does use a medical word like «palpitations», ask them to describe what they mean so you are clear that you mutually understand each other» [6, с. 20].*

Если в отношении употребления терминологии в диалоге с пациентом авторы таких пособий не приводят существенных ограничений (при условии присутствия экспликации), то в плане введения в речь медицинского жаргона и сленговых выражений их мнение очень категорично. Так, они предупреждают, что сленговые выражения и медицинский жаргон — неподходящие средства для экспликации терминов. *«It is advisable to use simple words rather than medical terminology. On the other hand, colloquial or «street language» may be offensive and compromise professionalism» [6, с. 22].*

Еще одним элементом коммуникации «врач — пациент», использованию которого отведено значительное место в учебных пособиях, являются эвфемизмы. Вопрос об их использовании тесно связан с одной относительно новой тенденцией, а именно стратегией честности и открытости по отношению к пациентам, или *informed consent*. Она подразумевает максимальную информированность пациента о состоянии своего здоровья для того, чтобы он мог правильно следовать рекомендациям врача, не искажая их и не пренебрегая ими.

Противоречит утверждению о постоянном пополнении коммуникативного пространства «врач — пациент» эвфемизмами такая особенность, свойственная западной и, в частности, американской медицине, как ее прямота и некоторая агрессивность. Российский исследователь С.И. Филиппченкова подмечает в своей работе, посвященной построению моделей врачевания: «Американская медицина агрессивна. От рождения — более вероятно, чем где-нибудь в Европе, будет происходить на основе кесарева сечения — до смерти в больнице, от агрессивной экспертизы до профилактической хирургии американские доктора хотят сделать что-то предпочтительно в максимальной степени. Деятельную направленность американского медицинского дискурса фиксирует язык. Даже когда американская медицина склоняется к щадящим терапиям, продолжают употребляться экспрессивные слова (*aggressive language*), и слово «агрессивный» часто используется в отношении скрининга, постановки диагноза и лечения болезней» [1, с.133].

Некоторые авторы изданий отмечают огромное количество эвфемизмов, связанных с темами смерти, болезней, а также тот факт, что процесс их образования в различных типах медицинских текстов постоянно растет. Кроме того, они указывают, что функции эвфемизмов в речи могут быть достаточно противоречивыми: одной стороны, в некоторых ситуациях они используются как средство смягчения негативной или грубой информации, с другой стороны, врачи могут прибегать к эвфемизмам как к средству манипуляции пациентом: например, в целях «устрашения» для того, чтобы заставить его серьезнее относиться к своему здоровью. Для реализации последней из указанных функций эвфемизации врач часто пользуется медицинскими терминами: «*Novelist Diane Johnson, whose husband is a physician, compares contemporary med speak to the magic language chamans use when casting spell. The professional vocabulary of today's doctors is rooted in Latin and fertilized by science, creating an aura of mystery that can be wielded strategically. In some cases physician might want to brace up a patient with words that sound frightening. Telling one with a mild heart murmur that that he has a prolapse of the mitral valve could help scare him straight into a healthier lifestyle. Alternatively, a doctor can use med speak to smooth and mollify. Certainly, a little spot on your lung sounds far less menacing that a possible tumour*» [3, с.10].

Отдельные пособия по обучению общению с пациентами упоминают о том, что не только медики, но и пациенты могут иногда владеть неким набором эвфемизмов и пользоваться ими, и советуют врачу быть готовым к такой ситуации: «*Patients may introduce their real agenda tentatively<...> by using euphemisms or vague language*» [6, с. 71].

Кроме того, авторы таких пособий призывают врачей совсем отказаться от эвфемизмов, так как в особенно напряженные моменты они могут быть не поняты или истолкованы неправильно даже носителями языка: «*Tell them «I'm sorry, but [the patient] has died». Use the word «died», rather than «passed away», «we've lost them» and so on, which in the heat of the moment can be unclear*» [6, с.50].

В целом, материалы данного исследования могут быть использованы в практических целях для улучшения качества общения между врачами и пациентами в российских клиниках. В результате такого исследования у российских специалистов может появиться возможность учиться на примере трудностей, с которыми сталкиваются на практике носители английского языка; оценивать потенциальные риски, вызванные нарушением коммуникации, а также находить способы избежать их.

Литература

1. Филиппченкова С. И. Построение модели врачевания: психологические исследования поведенческих факторов / монография: С.И. Филиппченкова. — Тверь: СФК-офис, 2011. — 336 с.
2. Holman T. Common medical terms patients may not understand [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.dignityhealth.org/Articles/Common-Medical-Terms-Patients-May-Not-Understand> \ — (дата обращения: 05.02.2019).
3. Keyes R. Unmentionables. — Hodder. — 2010. — 352 p.
4. Lloyd M., Bor R. Communication skills for medicine: Churchill Livingstone, 2009. — 222 p.
5. Medical jargon leads to poor communication between physicians and patients [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.kevinmd.com/blog/2010/11/medical-jargon-leads-poor-communication-physicians-patients.html> — (дата обращения: 05.02.2019).
6. Washer P. Clinical Communication Skills: Oxford University Press, 2009. — 176 p.

Е. А. Андреева, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Чувашская государственная сельскохозяйственная академия, Чебоксары, Российская Федерация

УЧЁТ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕКСИКИ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ПРИ ОБУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ПОДЪЯЗЫКУ МЕДИЦИНЫ

The article deals with some of the features of English lexis to be taken into account when teaching the professional sublanguage of medicine. It describes such main peculiarities as polysemy and homonymy. It shows the differences in the way words are used in British English and American English, in the way words are used by ordinary people and by medical professionals. Each peculiarity is illustrated.

Key words: особенности, лексика, английский язык, обучение, подъязык, медицина.

Ключевые слова: features, lexis, English, teaching, sublanguage, medicine.

При обучении иностранному языку необходимо обращать внимание обучающихся на ряд особенностей лексики изучаемого языка, способных оказать существенное влияние на успешность межкультурного взаимодействия. Учёт этих особенностей становится ещё более актуальным при обучении подъязыку той или иной профессиональной сферы, в частности, медицины [1, 2].

Так, характерными особенностями лексики английского языка являются, прежде всего, полисемия (наличие у языковой единицы двух или нескольких лексических значений, или многозначность, например, слово *medicine* имеет такие значения, как «лекарство» и «медицина», а слово *drug* — «лекарство», «наркотик», «допинг») и омонимия (наличие в системе языка омонимов — слов, одинаковых по звучанию, но совершенно различных по лексическому значению, например: *humerus* «плечевая кость» — *humorous* «забавный, смешной», *ileum* «подвздошная кишка» — *ilium* «подвздошная кость», *mucus* «слизь» — *mucous* «слизистый», *plural* «множественный, многочисленный» — *pleural* «плевральный», *radical* «радикальный, левый» — *radicle* «корешок», *Venus* «Венера» — *venous* «венозный») [4].

Другой характерной чертой английского языка, как и любого развитого языка, является синонимия, т.е. наличие в системе языка

синонимов — слов, различных по звучанию, но одинаковых или близких по лексическому значению [3]. Знание оттенков значений слов, входящих в синонимический ряд, имеет большое значение, поскольку позволяет с большей точностью описать то или иное понятие при составлении своего сообщения и правильно понять чужое.

Например, для обозначения понятия «болезнь» в английском языке существуют такие слова, как *illness*, *disease*, *sickness*.

Существительные *illness* и *disease* имеют одинаковую частоту употребления в устной речи в схожих контекстах, однако можно выделить и некоторые незначительные отличия в их употреблении.

Слово *illness* используется чаще, когда цель сообщения — подчеркнуть длительность или сам факт болезненного состояния. Например, *The actor died after a long illness*. Оно не используется, когда говорят о таких менее серьёзных состояниях, как головная боль или простуда.

Словом *disease* называют конкретную болезнь, в особенности заразную или поражающую какой-то конкретный орган. Например, *Measles is a highly contagious infectious disease*. Оно также может быть использовано для обозначения множества различных болезней. Например, *Cigarette smoking causes death and disease*.

Слово *sickness*, как и слово *illness*, используется для указания на сам факт болезненного состояния. Ещё это слово имеет значение «тошнота».

Следует также помнить о различиях в номинации тех или иных понятий в разных вариантах английского языка, в частности, британском и американском.

Например, для указания на то, что человек плохо себя чувствует или болеет, в британском варианте обычно используется прилагательное *ill*, а в американском — *sick*, например, *Tom missed a lot of classes because he was ill* (брит.) / *sick* (амер.). В американском английском слово *ill*, если употребляют в речи, то подразумевают не просто плохое самочувствие, а более серьёзные проблемы со здоровьем, например, болезнь, выздоровление от которой, возможно, не наступит. Прилагательное *unwell* используется для того, чтобы подчеркнуть кратковременность плохого самочувствия и является по стилистической окраске более официальным, чем слова *ill* или *sick*.

В британском варианте английского языка слово *sick* обычно используется в выражениях *be sick* («тошнить», «стошнить») и *feel sick* («тошнить», «чувствовать тошноту»). В американском варианте в таких случаях используется глагол *throw up*. Глагол *throw up* тоже используется в британском английском, но в менее официальных ситуациях общения. В официальном стиле речи вместо глагола *throw up* употребляется глагол *vomit*.

Слово *pharmacist* обозначает человека, занимающегося приготовлением и продажей лекарств («аптекарь, фармацевт»). Так обычно говорят в США, носители британского варианта английского языка склонны считать это слово в некоторой степени специальным термином и обычно используют вместо него слово *chemist*.

Для обозначения места работы аптекаря — аптеки — в английском языке используются такие слова, как *pharmacy*, *chemist's/chemist*, *drugstore*.

Под словом *pharmacy* в американском английском подразумевается как непосредственно отдельный магазин, занимающийся продажей лекарств, так и отдел какого-либо другого магазина или часть больницы. В британском английском это слово употребляют по отношению к части больницы, где готовят и выдают лекарства, а для наименования заведения, где лекарства готовят и продают, обычно используют слово *chemist's/chemist*. В таких аптеках в Британии обычно также продают и другие товары, например, косметику и средства по уходу за малышами. В США подобные аптеки называют *drugstore*.

В качестве примеров можно привести и такие по-разному называемые в США и Великобритании понятия, как «герпес, лихорадка» (*cold sore* в британском английском, *fever blister* — в американском), и «операционная» (*operating theatre* в британском английском, *operating room* — в американском).

На разницу в бытовом и профессиональном толковании лексических единиц также следует указывать при обучении профессиональному подязыку.

Например, в бытовом понимании слово *arm* — это рука от кисти до плеча. В анатомическом понимании, однако, это сегмент руки, располагающийся между плечевым суставом и локтевым суставом, т.е. то же, что «плечо» в русском анатомическом понимании.

В бытовом понимании слово *leg* – это нога от бедра до ступни. В анатомическом понимании, однако, слово *leg* (синонимичное наименование латинского происхождения – *crus*) – сегмент ноги от колена до голеностопного сустава (т.е. голень).

В завершение следует ещё раз отметить важность учёта представленных выше особенностей лексики английского языка при обучении профессиональному подъязыку медицины, поскольку в процессе коммуникации в этой сфере некорректное использование слов в семантическом и функциональном планах, а также пренебрежение их формальными особенностями может повлечь за собой негативные последствия для здоровья и жизни людей.

Литература

1. Азимов Э. Г., Щукин А. Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М.: Издательство ИКАР, 2009. – 448 с.
2. Гальскова Н. Д., Гез Н. И. Теория обучения иностранным языкам. Лингводидактика и методика: учеб. пособие для студ. лингв. ун-тов и фак. ин. яз. высш. пед. учеб. заведений / Н.Д. Гальскова, Н. И. Гез. 3-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 336 с.
3. Харитончик З. А. Лексикология английского языка: Учеб. пособие для студ. ин-тов и фак. иностр. яз / З. А. Харитончик. Минск: Вышэйшая школа, 1992. 229 с.
4. Longman dictionary of contemporary English: the living dictionary. New ed. Harlow: Longman, 2003. 1949 p.

О. В. Антипина, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Иркутский государственный университет Минздрава
России, Иркутск, Российская Федерация

ИЗ ОПЫТА АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОСТРАНСТВУ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The article considers the problem of adaptation of educational and training materials for foreign students. The level of their linguistic and cognitive readiness hampers proper inclusion in the educational process of the Russian university. Taking into account general methodical principles of text adaptation, the main principles of writing educational editions for foreign students are suggested. These principles are implemented in the Irkutsk State Medical University in educational editions of different types and have proved to be effective.

Key words: adaptation, foreign students, educational text, study guide, independent work.

Ключевые слова: адаптация, иностранные студенты, учебный текст, учебное пособие, самостоятельная работа.

С проблемой адаптации иностранных студентов к образовательному процессу в российской высшей школе сталкивается вуз любого профиля, вне зависимости от того, какой язык используется в качестве посредника для трансляции профессиональных знаний.

Если для русских студентов основной проблемой адаптации к обучению в вузе является преодоление дидактического барьера, то проблемы адаптации иностранных обучающихся основаны, в первую очередь, на преодолении языкового барьера, сочетающего в себе комплекс трудностей языкового плана. Тем не менее, успешность адаптации к учебной деятельности определяет эффективность обучения и качество профессиональной подготовки в вузе в целом [5].

Преподавателям русского языка как иностранного в Иркутске с сожалением приходится констатировать тот факт, что ежегодно увеличивается число иностранных студентов-первокурсников с низким уровнем языковой подготовки. Условия обучения не предполагают обязательного прохождения годового обучения на подготовительном отделении, поэтому выходцы из ближнего и дальнего зарубе-

жья могут поступать сразу на первый курс. Как следствие, возникают большие трудности при самостоятельной работе над учебным материалом, с ответами на практических и семинарских занятиях, восприятием устного материала и конспектированием лекций на слух в быстром темпе [2], что вполне осознается самими же обучающимися.

Трудности понимания русского языка в целом (новой знаковой системы, артикуляции, темпа речи, семантики, языковой картины мира) сочетаются с трудностями понимания индивидуальных особенностей речи преподавателей-предметников, освоением терминологического аппарата учебных дисциплин, поиском учебной и научной информации на родном языке обучающегося не только на просторах Интернета, но и в библиотеке вуза.

В российских медицинских вузах сложилась такая практика обучения иностранных студентов, когда они занимаются в смешанных группах с русскими студентами: вместе с ними слушают лекции, посещают семинары и практические занятия в клинике, используют для самоподготовки те же учебники и учебные пособия на русском языке. Традиционно считается, что именно такая форма обучения способствует погружению в иноязычную среду и создает лучшие условия для формирования у иностранных обучающихся русскоязычных речевых компетенций. Вместе с тем, практический опыт на современном этапе показывает, что они неохотно вступают в общение с российскими студентами, на занятиях занимают позицию пассивных наблюдателей или просто пропускают их под разными предлогами.

Думается, что одним из важных компонентов адаптации иностранных студентов к условиям обучения в российском вузе является адаптация обязательных учебных материалов, предусмотренных рабочими программами учебных дисциплин. К ним относятся учебно-научные тексты для аудиторной и самостоятельной работы студентов, в том числе, учебники и учебно-методические пособия, тексты лекций и слайды презентаций, материалы для внеаудиторной самостоятельной работы. Эти учебно-научные тексты должны быть адаптированы для лучшего восприятия и усвоения иностранными обучающимися согласно некоторым общим лингводидактическим принципам.

В широком смысле адаптация текста заключается в его структурном преобразовании, если информация в нем относится к области знания, сложной для понимания неспециалиста. Цель адаптации учебно-научного текста — сделать его эффективным в новой ситуации учебного общения [4]. Для этого текст первоисточника может быть сокращен, упрощен или усложнен в зависимости от целевой аудитории с обязательным сохранением ключевой информации текста-источника [3].

Общие методологические рекомендации авторам учебных пособий для работы с иностранными обучающимися могут быть сформулированы следующим образом.

- 1) Тексты первоисточника для учебного пособия необходимо адаптировать с учетом уровня владения обучающимися русским языком как иностранным. Например, тексты для слушателей подготовительного отделения (элементарный уровень) будут отличаться от текстов для студентов-первокурсников (базовый уровень) и от текстов для студентов старших курсов (продвинутый уровень).
- 2) Учебное пособие должно быть разбито на темы и разделы, каждый из которых сопровождается вопросами для самоконтроля усвоения учебного материала. Вопросы должны быть однозначными, четко сформулированными и, по возможности, лаконичными.
- 3) Учебное пособие включает в себя предтекстовые и послетекстовые задания, однородные по своей структуре и сопровождающиеся однотипными формулировками. У иностранного обучающегося должно быть ясное представление об алгоритме работы над учебным материалом.
- 4) Новые термины и понятия должны быть представлены наглядно, с использованием фотографий, рисунков, схем и т. п., поскольку у студентов могут возникнуть трудности с поиском соответствий при переводе на родной язык. В целом, роль наглядности при составлении любого пособия трудно переоценить.
- 5) В конце пособия рекомендуется разместить словарь или глоссарий специальных терминов, необходимых для усвоения данной дисциплины или ее темы, в алфавитном порядке. Словарь или глоссарий может быть, например, двуязычным, тогда автор

вправе представить два варианта на обоих языках коммуникации, каждый из которых для удобства пользования организован в алфавитном порядке.

С точки зрения языкового наполнения, адаптированный текст учебного пособия имеет следующие особенности [6]:

- объем оригинального текста должен быть значительно сокращен;
- характерно преобладание общелитературной лексики;
- использование научных терминов носит ограниченный характер;
- абстрактная лексика с преобладанием существительных используется чаще всего;
- словарный состав заметно ограничен;
- новая информация в пособии учитывает уже известную из курса данной дисциплины или других дисциплин;
- ключевые понятия представлены более подробно;
- объем предложения уменьшается (сложные предложения разбираются на отдельные простые);
- причастные и деепричастные обороты, вводные конструкции, оценочные обороты убираются или заменяются простыми предложениями;
- желательно исключить всевозможные образные средства и обороты.

С появлением в Иркутском государственном медицинском университете (далее – ИГМУ) нового направления работы – обучения на русском языке с элементами английского в специально сформированных группах обучающихся из стран Африки и Юго-Восточной Азии, для которых английский язык – неродной, проблема подготовки адаптированных учебных пособий стала особенно актуальной. Несмотря на то, что ведущие преподаватели ищут и заказывают учебную литературу на английском языке, она не вполне подходит для осуществления полноценного учебного процесса по нескольким причинам [1].

Самая частая проблема заключается в том, что некоторые учебники на английском языке содержат материал, требующий более системного подхода, поскольку их структура и содержание не соответствуют образовательным стандартам нашей страны. Как разновидности – отсутствие изучаемой дисциплины в учебном плане

медицинских вузов за рубежом или ситуация, когда в России она представляет собой сплав нескольких дисциплин.

Кроме того, аутентичные или переводные учебники по медицинским наукам часто ориентированы на изложение теоретического материала, который может быть использован при подготовке к лекциям, но совершенно не подходит для организации практических занятий и самостоятельной работы студентов.

В отдельных случаях может быть необходима адаптация материала на английском языке с учетом уровня владения языком студентами и преподавателем, поскольку для обеих сторон образовательного процесса английский язык – неродной. При этом адаптация текста выполняется с учетом основных принципов, изложенных выше.

Пособия для англоязычных студентов, разрабатываемые в ИГМУ при участии кафедры иностранных языков с курсами латинского языка и русского как иностранного, представляют собой адаптированный минимум теоретических и практических знаний, которые действительно необходимы для освоения определенных дисциплин учебного плана. Учебные пособия отличаются по целевому назначению. Это курсы лекций, пособия для использования на практических и семинарских занятиях, пособия для самостоятельной работы студентов, а также глоссарии дисциплин, в которых систематизируется и отрабатывается усвоение медицинской терминологии.

Все они отличаются особенностями содержательного и структурного плана:

- они содержат значительно сокращенный объем информации по сравнению с источниками для носителей языка;
- в них отсутствует информация, имеющая отношение к русскоязычным реалиям (нормативам, протоколам, законодательным актам и т.д.), поскольку иностранные обучающиеся после окончания вуза вернутся к себе на родину, где приняты другие стандарты медицинского обслуживания;
- если медицинский термин или препарат имеет разные названия в русском и английском языках, предпочтение отдается англоязычному варианту;
- грамматические и синтаксические конструкции подвергаются упрощению согласно принципам адаптации учебного текста;

- авторы включают в них теоретические вопросы для самоконтроля и тесты на усвоение изученного материала;
- если пособие предназначено для практических занятий, оно снабжено еще и ситуационными задачами;
- если пособие предназначено для лекционных или практических занятий, текст каждой темы (раздела) снабжен ключевыми словами на английском и русском языках;
- в пособие включены глоссарии разных типов, организованные в алфавитном порядке.

Таким образом, в результате использования принципов адаптации учебного текста для иностранных обучающихся можно создавать учебные пособия разных типов, обеспечивающие благоприятные условия для лекционной и семинарской аудиторной работы, организации практических занятий в больнице, а также пособия для самостоятельной работы студентов медицинского вуза.

Литература

1. Антипина О. В. Экспорт образовательных услуг в сфере высшего медицинского образования: структурная и содержательная модель учебно-методического пособия / О. В. Антипина, С. А. Хахалова // Научно-педагогическое обозрение (Pedagogical Review), 2018. — № 2 (20). — С. 55–62.
2. Капезина Т. Т. Проблемы обучения иностранных студентов в российском вузе [Электронный ресурс]: Наука. Общество. Государство, 2014. — № 1 (5). — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-obucheniya-inostrannyh-studentov-v-rossiyskom-vuze> (дата обращения: 04.02.2019).
3. Мальцева Л. В. Адаптация учебно-научного текста: субтекст старого знания // МОВА, 2014. — №21. — С. 246–249.
4. Первухина С. В. Виды адаптации текста // Вестник ЮУрГУ. Серия «Лингвистика». Лингвистическая когнитология и лингвокультурология. — Челябинск, 2014. — Т. 11. — № 1. — С. 97–100.
5. Погукаева А. В. Адаптация иностранных студентов в российских вузах [Электронный ресурс] / А. В. Погукаева, Л. Н. Коберник, Е. Л. Омельянчук // Современные проблемы науки и образования, 2016. — № 3. — Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24651> (дата обращения: 04.02.2019).

6. Сафронова Е. А. Адаптация текстов для иностранных студентов в системе обучения русскому языку как иностранному / Е. А. Сафронова, С. П. Добижи // Скориновские чтения 2015: книгоиздание и книгораспространение в контексте кросскультурных коммуникаций XXI века: материалы Международного форума, 3-6 сентября 2015 г. / Белорусский государственный технологический университет. — Минск: БГТУ, 2015. — С. 61–64.

Е. В. Бусько, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ «ПЕРЕВЁРНУТЫЙ КЛАСС» НА ЗАНЯТИЯХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

A flipped class is one that inverts the typical cycle of content acquisition and application so that students gain necessary knowledge before class, and instructors guide students to actively clarify and apply that knowledge during class. Students work together applying course concepts with guidance from the instructor. This increased interaction helps to create a learning community that encourages them to build knowledge together inside and outside the classroom.

Key words: flipped learning, teaching of foreign languages, independent work, teaching process.

Ключевые слова: перевёрнутое обучение, обучение иностранным языкам, самостоятельная работа, учебный процесс.

Образование в Беларуси является приоритетным направлением в сфере общественного развития. Модернизация содержания образования на современном этапе развития общества не в последнюю очередь связана с инновационными процессами в организации обучения иностранным языкам. Технический прогресс неумолимо движется вперёд. Изменения, происходящие во всех сферах жизни, требуют, чтобы система образования шагала в ногу со временем. Сегодня уже невозможно представить занятие без технических средств. Однако современное образование — это не только новые технические средства, но и новые формы и методы преподавания, новый подход к процессу обучения. Одной из таких форм обучения является перевёрнутое обучение (flipped learning).

«Перевёрнутый класс» — это инновационный сценарий обучения [1]. Его отличие от традиционного сценария заключается в том, что теоретический материал изучается самостоятельно до начала урока (как правило, посредством информационных и коммуникационных технологий: видео-лекции, аудио-лекции, интерактивные материалы и т.п.), а время на занятии направлено на решение про-

блем, сотрудничество, взаимодействие с учащимися, применение знаний и умений в новой ситуации, и на создание учащимися нового учебного продукта. Во время традиционных занятий студенты часто пытаются ухватить то, что они слышат в момент речи преподавателя. У них нет возможности остановиться, чтобы обдумать сказанное, и, таким образом, они могут упускать важные моменты, потому что стараются записать слова преподавателя. Если занятие по иностранному языку проходит пятой парой и в вечернее время, то учащимся достаточно сложно сконцентрироваться и усваивать новый материал. В группах собраны учащиеся с разным уровнем владения предметом. Одним достаточно взглянуть на материал, чтобы понять его, а другие нуждаются во времени для его подробного изучения. При объяснении нового материала одни студенты еще ничего не поняли, а другие уже заскучали. А использование видео и других, предварительно записанных, информационных носителей позволяет студентам полностью контролировать ход лекции: они могут смотреть, перематывать назад или вперед по мере необходимости и в удобное для них время. Посвятив время на уроке разбору материала, преподаватели имеют возможность обнаружить ошибки в восприятии, особенно те, которые широко распространены на занятии. В то же время совместные проекты могут способствовать социальному взаимодействию между студентами, облегчая процесс восприятия информации друг у друга.

Технология «перевернутого класса» чрезвычайно интересна для взрослой аудитории [2]. Многие учились 11 лет в школе по стандартной методике: учитель отбирает наиболее важный материал, «разжёвывает» его на уроке, акцентирует внимание на нужных моментах, подводит ученика к усвоению материала с минимальными затратами сил со стороны самого ученика. Сейчас учащимся интересны нестандартные и необычные задания, да ещё и в дистанционном режиме, они учатся добывать знания самостоятельно, находить информацию, работать с ней. Они перестают быть пассивными участниками образовательного процесса. Конечно же, нельзя исключить объяснения преподавателя полностью. Но предварительная подготовка обучающихся позволяет преподавателю вовлекать их в процесс разбора новой темы сразу же на практических занятиях.

Цель обучения студентов-медиков иностранному языку – научить читать и переводить медицинскую литературу на иностранном языке. Количество часов небольшое: 2 семестра по 4 часа в неделю. Поэтому в таких аспектах как отработка произношения, изучение лексики, грамматики, подготовка к аудированию, просмотру фильмов на английском языке мною используется технология «перевёрнутое обучение». Если это новая тема и предстоит работа над лексикой, то студенты могут поработать над произношением и совершенствованием лексических навыков самостоятельно, чтобы освободить время на занятии для выполнения упражнений на закрепление лексических единиц. Задания для самостоятельной работы можно подготовить в виде аудио- или видео-уроков.

При введении нового грамматического материала можно дать учащимся ссылку на видео с объяснением этого материала. Можно использовать уже готовые материалы из Интернета, например, с сайта <http://english03.ru/video-uroki>. Каждый учащийся имеет возможность посмотреть объяснение новой грамматики на русском языке, изучить и осмыслить материал в удобном для него темпе, пересмотреть ту часть материала, которая ему непонятна. Если возникают вопросы, можно оставить их прямо на сайте, где размещен видеурок, в форме комментария или связаться с преподавателем или другими учащимися через социальные сети. После этого обсуждение нового грамматического материала происходит уже на занятии при выполнении упражнений по теме. Такой подход позволяет вовлечь учащихся в процесс изучения нового, превратить их из пассивных слушателей неинтересного материала в активных участников обучающего процесса. Если на занятии планируется работа с видеофильмом, студенты получают задание, которое состоит из:

- списка новой лексики по теме для предварительного снятия трудностей в понимании содержания просмотренного фильма;
- аутентичного тематического фильма (время демонстрации 5 мин.);
- списка вопросов для контроля понимания содержания просмотренного фильма;
- обращения к учебнику (работа с лексическими единицами);
- возможных вариантов обратной связи с учителем;

На занятии выполняются совместные упражнения: на понимание содержания фильма, составление диалогов по теме и т.д.

Доступность просмотра видео в наши дни, наряду с предварительно записанными лекциями, подкастом (оцифрованной записью или радиопередачей, размещенной в интернете для загрузки на персональные аудиоплееры или в другом аудио формате), распространилась настолько, что позволяет сделать его неотъемлемой частью концепции перевернутого обучения.

Не существует единой модели перевернутого обучения — термин широко используется для описания структуры практически любых занятий, которые строятся на просмотре предварительно записанных лекций с последующим их обсуждением непосредственно на занятии.

Таким образом, суть методики перевернутого обучения можно свести к трем основным компонентам:

1. Подготовка (подбор или создание) преподавателем виртуальной образовательной среды: видео-уроков, презентаций, иных материалов и заданий к ним, а также выбор электронного сервиса для обратной связи с учащимися.
2. Организация учебного процесса. Определение преподавателем ключевых компетенций по теме, форм работы с учащимися на занятии. Преподаватель учитывает способности и уровень своих учащихся, готовит разные задания для нескольких микрогрупп. В то же время учащиеся в процессе совместной работы с преподавателем решают дополнительные задачи: углубление, закрепление и повторение пройденного материала.
3. Выставление текущей и итоговой оценки знаний учащихся. Преподаватель может выбрать совместно с учащимися несколько форм выполнения итоговой работы, например, в виде теста или проекта.

При внедрении перевернутой модели обучения легко наделать ошибок. Хотя идея очень проста, эффективный «переворот» требует тщательной подготовки. Запись лекции требует усилий и времени со стороны преподавателей, а элементы классного и внеклассного обучения должны составлять единое целое, чтобы студенты могли понять принцип данной модели и были мотивированы на подготовку к занятиям. Задача преподавателя состоит в том, чтобы создать

условия практического овладения языком для каждого учащегося, выбрать такие методы обучения, которые позволили бы каждому учащемуся проявить свою активность, свое творчество.

Литература

1. «Перевернутый урок. Как объяснить тему так, чтобы все поняли, и чтобы никому не было скучно?» Диана Богданова, кандидат педагогических наук, Институт проблем информатики Российской академии наук (ИПИ РАН) [Электронный ресурс] / Дети в информационном обществе: информационный журнал – №11, апрель – сентябрь 2012. – Режим доступа: <https://educontest.net/ru/2342406/перевернуты-класс-опыт-применения-в-д/> (дата обращения: 24.12.2018).
2. Модель смешанного обучения «Перевернутый класс»: форум – [Электронный ресурс] // Сетевое сообщество учителей «Открытый класс». – Режим доступа: <http://www.openclass.ru/node/431028> (дата обращения: 04.03.2019).

УДК 81'25: 811.111

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

С. Н. Бельдиев, канд. мед. наук, доцент

Д. Ю. Платонов, д-р мед. наук, зав. кафедрой

Т. В. Сороковикова, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПЕРЕВОДА АНГЛОЯЗЫЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ НА РУССКИЙ ЯЗЫК

The article analyzes the semantics of two basic medical terms “symptom” and “sign” in modern English and discusses problems of their translating into Russian.

Key words: term, medical terminology, symptom, sign, translation, neologism.

Ключевые слова: термин, медицинская терминология, симптом, объективный симптом, субъективный симптом, признак, перевод, неологизм.

Терминология любой отрасли научного знания представляет собой сложную упорядоченную систему, которая создает основу соответствующего профессионального языка, в том числе, и языка медицины. Термин — это не просто лексическая единица из списка понятий, а элемент системы, в которой отражено определенное научное мировоззрение. Для термина недопустимо размытое толкование, обязательным требованием является наличие четкой дефиниции, которая должна обеспечивать его однозначное понимание специалистами. Широкий пласт медицинской терминологии — лексические единицы латинского и греческого происхождения, гарантирующие ее адекватное восприятие учеными и практиками разных стран.

Настоящая статья посвящена анализу базовых для медицинской науки и практики терминов *symptom* и *sign* в английском языке и проблемах их перевода на русский язык.

Оксфордский медицинский словарь определяет *symptom* как “an indication of a disease noticed by the patient themselves”, а *sign* как “an indication of a particular disorder that is observed by a physician but is

not apparent to the patient”, подчеркивая их субъективный и объективный характер соответственно. Аналогичная точка зрения отражена, например, и в Bates' Guide to Physical Examination and History Taking: “*Symptoms* are subjective concerns, or what the patient tells you. *Signs* are considered one type of objective information, or what you observe. Knowing these differences helps you group together the different types of patient information” [3, с. 6] *Signs* приравниваются различными авторами к “all physical examination findings” или к информации “elicited at the bedside”, т.е. в клинических условиях. При описании понятия *symptom* нередко используются лексические единицы *sensation, problem, complaint, concern, irritative, disturbing, clinically unexplained, overwhelming, distressing* и т.д., делающие акцент на его субъективном характере.

Symptom и *sign* стали терминологически активно «расходиться» в XX веке, когда в арсенале врача появились средства и методы инструментальной диагностики, позволившие в меньшей степени полагаться на субъективное восприятие пациентом своего состояния. Таким образом, в современном английском языке обе лексические единицы демонстрируют признаки терминов, а именно: являются словами, обозначающими разные специальные понятия, используются в специальной (медицинской) сфере, включены в академические терминологические словари. Интересным представляется тот факт, что в англоязычных медицинских словарях и тезаурусах термин *symptom* не определяется через единицу общелитературного языка *sign*. Составители используют альтернативные варианты: *an indication of ..., subjective features of ..., any reported subjective attribute of ..., a complaint which indicates ...*

По мнению Л. Кинга, *symptom* — это некий феномен, который является проявлением болезни. Когда наблюдатель (врач) в процессе рефлексии использует его как основу для последующих шагов в диагностике и лечении, *symptom* превращается в (medical) *sign*. Таким образом, «a sign is an objective symptom of a disease; a symptom is a subjective sign of disease» [6, с. 75].

Нетипичную для англоязычной медицинской литературы классификацию предлагает Ш. М. Дофка: “Disease (pathological condition of the body, abnormal condition) manifests its presence through *symptoms* (... perceptible change in the body or body function) which may be objective

or subjective. *Objective symptoms*, also called *signs*, are evidence observed by someone other than the patient... *Subjective symptoms* are evidence of a disease as reported by the patient..." [5, с. 93]. Она объединяет в термине *symptoms* объективные и субъективные симптомы — *subjective symptoms* и *objective symptoms* (для последних ею предлагаются синонимичные варианты *signs* или даже *objective signs*) [5, с. 237].

Подобное широкое толкование термина *симптом* традиционно характерно для отечественной медицинской науки и практики. Согласно определению, приведенному в Большой медицинской энциклопедии, симптом — это «признак болезни, качественно новый, не свойственный здоровому организму феномен, который можно обнаружить с помощью клинических методов исследования, используемый для диагностики и (или) прогноза заболевания». В зависимости от того, как симптомы выявляются, они делятся на объективные (температура, хрипы в легких), субъективные (головная боль, зуд), лабораторные (лейкоцитоз, высокая СОЭ), инструментальные (обнаружение патологических образований при УЗИ или рентгенографии, изменения на ЭКГ).

Таким образом, *симптом* в русскоязычном медицинском дискурсе — это в любом случае *признак*, и именно через понятие признака дается его дефиниция в лексикографических источниках. Одна лексическая единица используется для обозначения и так называемых *signs* — «признаков» заболевания, выявляемых объективно, клинически («объективных симптомов»), так и *symptoms* — жалоб пациента («субъективных симптомов»). Переводя на русский язык термин *symptom* просто как *симптом*, а не *субъективный симптом* или (*предъявляемая*) *жалоба*, переводчик специального текста попадает сам и невольно увлекает за собой читателя в ловушку, терминологически обозначаемую в лингвистике как «межъязыковые омонимы».

Последние несколько десятилетий характеризуются активным развитием медицины в России и мире в целом и расширением международных связей в области медицинской науки и практики. Стали доступны многочисленные оригинальные научные, научно-популярные и учебные публикации на различных языках, преимущественно на английском, а также их переводы на русский язык. Это, несомненно, оказывает влияние на формирование терминологичес-

кой системы языка медицины, которая не только растет количественно, но и качественно видоизменяется, демонстрируя свой незамкнутый, динамический характер.

Наблюдения показывают, что языковые заимствования стали проявлять большую активность в медицинском терминопроизводстве в последние годы. При этом стоит упомянуть не только возникновение терминов-неологизмов, обусловленное непосредственным проникновением в русский язык иноязычной лексики, связанной с инновациями в медицине и появлением новых научных направлений и не имеющей аналогов в языке-реципиенте, но и опосредованное влияние через письменные источники и переводческую деятельность. В частности, рассматриваемая нами лексическая единица русского языка *признак* под воздействием английского *sign* (а в большей степени под влиянием сочетания *symptoms and signs*) демонстрирует стремление к терминологизации, то есть все более активно начинает употребляться в специальном значении «объективный симптом» в текстах медицинского характера. Вероятно, этим объясняется большое количество Интернет-публикаций «Симптомы и признаки... (название заболевания или клинического состояния)».

В специальном контексте происходит переосмысление единицы общелитературного русского языка со значением «показатель, знак, по которому можно определить что-то» и образование так называемого «семантического неологизма» [1, с. 103], когда слово, используя в новом окружении, получает новые смысловые оттенки и новую номинативную функцию. При этом у слова-источника не утрачивается общее, широкое значение — «любой показатель, знак», но в определенных контекстах происходит «семантическая модуляция» [2, с. 6] и значение видоизменяется, становясь более узким, специализированным.

О появлении и развитии у слова *признак* специализированного значения говорит его фиксация в ряде медицинских словарей (преимущественно электронных, быстрее реагирующих на происходящие изменения), а также многочисленные публикации, объясняющие различия между симптомом и признаком. Например:

- 1) Под *симптомами* подразумеваются *субъективные впечатления* больного при описании своего состояния. Внешними *признаками* заболевания принято считать *показатели, выявленные в процессе*

осмотра. А клиническими признаками болезни считаются данные, которые получены при медико-лабораторных исследованиях.

- 2) *Признак* заболевания это не синоним *симптома*. *Симптомы* заболеваний являются *субъективными ощущениями*, которые переживают внутри себя только пациенты. *Признаком* заболевания называется *объективное доказательство* болезни.

Таким образом, мы наблюдаем начало процесса детализации, разграничения смысловых оттенков (субъективность / объективность) путем «прикрепления» их к разным словам. Проблема заключается в том, что лексическая единица *признак* может использоваться в одном контексте в двух значениях сразу (общелитературном и специальном) и неспециалисту иногда сложно увидеть разницу, например: «*Симптомом* является любой субъективный *признак* заболевания, в то время как *признак* — это наличие объективных причин». Аналогичную проблему замечает Р. Браухард и в англоязычных медицинских текстах научно-популярного характера [4]. Он указывает, что некоторые авторы могут целенаправленно избегать слова *sign* в специальном значении «объективный признак», так как именно научное слово *symptom* лучше воспринимается читателями.

Литература

1. Даниленко В.П. Русская терминология. Опыт лингвистического описания. — М.: Наука, 1977. — 246 с.
2. Лопушанская, С. П. Изменения семантической структуры русских бесприставочных глаголов движения в процессе модуляции / С. П. Лопушанская // Русский глагол (в сопоставительном освещении). — Волгоград: Изд-во ВПИ, 1988. — С. 5-19.
3. Bates' guide to physical examination and history taking / Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi; guest editor, Richard M. Hoffman. Twelfth edition. — Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. — 1034 p.
4. Brouhard R. Differences between Signs and Symptoms [Электронный ресурс] // Verywellhealth. — Режим доступа: <https://www.verywellhealth.com/what-is-the-difference-between-signs-and-symptoms-1298941> (дата обращения: 14.02. 2018).
5. Dofka Ch. M. Dental Terminology. — Albany: Delmar, 2013. — 464p.
6. King L.S. Medical Thinking: A Historical Preface. — Princeton: Princeton University Press, 1982. — 336 p.

E. S. Glazyrina, Associate Professor, PhD in Pedagogy

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

ANTICIPATION-AIDED READING OF SPECIFIC TEXTS: TOOLS FOR THE SKILL DEVELOPMENT IN MEDICAL STUDENTS

Modernized Federal Standards for medical education put emphasis on teaching a foreign language as the language of professional cooperation, whereas reading medical literature in the original is considered to be the main source of gaining professionally relevant and significant information. The paper is dedicated to the problem of teaching profession-oriented reading with a maximal realization of the specific information leaning on the “anticipation mechanism.

Key words: LSP, language teaching methods, teaching medical students, profession-oriented reading, mechanism of anticipation.

Ключевые слова: язык для специальных целей, лингводидактика, обучение студентов-медиков, чтение профессионально-ориентированных текстов, механизм антиципации.

It’s a widely-recognized fact that possession of a foreign language is one of the indicators of a doctor’s high-level professional competence. Therefore the role of the subject “Foreign Languages” significantly increases. Being a compulsory, but not a primary discipline in non-linguistic universities, it must, first of all, serve as a tool for knowledge gaining.

It appears from this that while teaching a foreign language to students in a medical school we should lean upon a practical orientation of this discipline. Thus, if we are speaking primarily about such an aspect of speech activity as reading, a practical bias in this case will be reflected in the following:

- 1) taking into account the specific needs in reading literature in various medical fields, namely: a) developing ‘the scanning reading’ skills with an awareness of the necessity for further reading of a particular article, or developing ‘the studying / searching reading’ skills for isolating certain information; b) developing annotation skills; c) developing abstracting skills;

- 2) the necessity to develop business communication skills to prepare the students for discussing professional topics in a foreign language, based on information read.

It is obvious that in the conditions of modern mobility and globalization, the efficiency and speed of obtaining relevant information has become one of the criteria for determining a modern medical specialist's competence. It's essential nowadays to quickly and time-feasibly extract profession-oriented data in both native and a foreign language. This idea is postulated in the updated Federal State Educational Standards 3+, which is based, as we know, on the competence approach. This approach presupposes not just acquisition of a particular set of knowledge and skills in a foreign language, but also the ability to apply them in professional activities [3, p. 60].

In this regard, teachers of foreign languages are faced with the task of teaching profession-oriented reading with a maximum understanding of special information by medical students and they should also attempt to ensure that reading is not just a learning / teaching goal, but also a means in the formation and development of profession-oriented foreign language communicative competence (comprising linguistic, sociocultural, educational and cognitive constituents).

However, we have to admit that the disadvantages of language training organization for students at a medical university are:

- 1) lack of time allotted to a foreign language;
- 2) low level of language competence of applicants;
- 3) the incompleteness or under-elaboration of the methodology of teaching a foreign language with a firm reliance on interdisciplinary bonds.

Speaking about the specificity of the reading material offered to medical students, we all know that it is based on texts borrowed from the original English medical sources containing information of anatomical, physiological nature, descriptions of medical histories, diagnostic procedures, etc. Such texts pose a number of difficulties in learners, but the teacher can help students to cope with them by implementing a methodically well-arranged process, which is subject to description in my today's report.

Our many-years' experience at the medical university shows that predominantly first-year students are not prepared for reading with

elements of analysis of the material read by them. Among backbreaking difficulties for them we can list:

- the phenomenon of conversion,
- polysemy,
- some types of word-formation,
- internationalisms,
- grammatical constructions typical of the scientific medical discourse,
- various kinds of abbreviations and complicated terms.

What is more, experience shows that freshers do not rely on interdisciplinary bonds with Anatomy or Biology, because their knowledge of these disciplines is still too scarce, and as a result, they simply cannot use “semantic guess” or employ the most important mechanism of unprepared reading, namely, the anticipation mechanism.

What is meant by the term «anticipation»? The concept “anticipation” borrowed from the Latin language (*anticipatio*) designates:

- 1) prediction,
- 2) «the premature oncoming or advent of any phenomenon» [1],
- 3) “an idea of the result of a process, arising before its actual implementation, and serving as a means of feedback when constructing an action ...” [1].

“Anticipation” or “probabilistic forecasting” are the terms used equivalently in the modern Russian methodology of teaching foreign languages as applied to any type of text (printed, audio or video) [2, p.225].

Reading is an intricate speech-cogitative process, in which readers, unconsciously analyze the situational context, hypothesize, form expectations of what they stand to read before they actually get down to reading. That’s what happens if the material is in the native language. This expectation or probabilistic forecasting is based on the brain property to bridge the missed and to anticipate the facts or events that have not yet come [4].

In language teaching, the functioning of the anticipation phenomenon is predetermined by: 1) the reader’s linguistic experience; 2) knowledge of the language system, 3) the ratio between known and unknown words, 4) the degree of familiarity with the topic, 5) the level of professional training, as well as life experience in general.

These features must be taken into consideration when teaching profession-orientation reading in a foreign language.

As teachers of a foreign language for specific purposes, we have to aim at developing the anticipation mechanism while working with any kind of reading in a foreign language, it being scanning, studying or searching. By the way, we employ all of the listed types of reading to a certain extent while teaching students at our chair.

From a practical point of view, the process of formation of the reading competence as a component of speech competence in general is carried out in various situations of professional communication and in the accordance with specific topics: “The Skeleton”, “The Muscles of the Human Body”, “The Lungs and the Respiratory System”, “The Heart and the Vascular System”, “The Alimentary Tract”, “The Diseases of the Vascular System”, “The Diseases of the Alimentary Tract”, “Diagnostic Procedures in Modern Medicine”, “Environmental Medicine”, etc.

The disclosure of each topic is accomplished by basic information contained in an original or adapted scientific medical text. Each text is scrutinized in terms of professional medical content and linguistic information, the type of reading being predominantly studying. From the professional aspect, these texts give a general idea of the medical topic being studied, reveal new medical concepts and terms that are often unknown to first-year students in their native language. While from the linguistic aspect, the value of these texts is reflected in their abundance of medical or pharmacological terminological vocabulary, stylistic and grammatical features such as: synonymy, polysemy, presence of substitutional and impersonal pronouns, passive voice, inversion, etc.

Our experience has revealed that in order to launch the anticipation mechanism, it is necessary to organize work with texts in three stages:

Stage I – “pre-reading” work (or pre-text one, which is the most prone to anticipation);

Stage 2 – “text” stage (reading itself);

Stage 3 – “after-reading” stage (or post-text stage).

From the linguodidactic point of view, all three stages are very important, since they can serve as a means of arranging professional communication, which is implemented in our case mainly in the form of interviews with students on the information gained from the texts. An individual interview also serves as a means of controlling and assessing students in a particular topic and thus it is included in the list of examination requirements.

It's worth mentioning that the first pre-text stage, which is more than the other two aimed at launching the anticipation mechanism is not sufficiently developed in Russian native textbooks designed for medical specialties. We should admit that the textbook by A.M. Maslova, Z.I. Weinstein, L.S. Plebeyskaya "Essential English for Medical Students" practically does not comprise "pre-text tasks" that would direct students to "probabilistic prediction" of information in the text.

To help students, we suggest using two types of supports: 1) linguistic and 2) extralinguistic ones.

Linguistic or verbal supports that function at lexical level include:

- studying the semantics of suffixes and prefixes, and the word-formation models related to them (-ful- / -less- negative prefixes, noun / adjective suffixes, hyper- –hyperactivity, hypo- – hypometabolism, sub- – sublingual, ab- – abruption, ad- – addition, para- –paracolic, peri- – pericaecal, meta- – metastasis);
- analysis of the basic international medical terminology and words with common roots (mostly of the Latin origin, for example, vertebra, spinal, cervical, atrium, intestine, etc.);
- studying typical syntactic structures (passive voice, impersonal and infinitive constructions, complex sentences, etc.).

Thus, the following linguistic factors predetermine the formation of concepts of a foreign language professional sphere in medical students most of all:

- a) Greek-Latin terms that compile the basis of modern medical terminology;
- b) international medical terms providing predictability of a medical text.

Extralinguistic supports are mainly represented by students' extralinguistic knowledge obtained in the course of studying special subjects in their native language. They help students to recognize a specific foreign language text as a source of professional and useful information, thus ensuring a better understanding of it.

Extra linguistic supports that give students the opportunity to launch the anticipation mechanism of reading include: preface, heading, illustrations, schemes, diagrams, etc.

For example, anticipating the subject of a message by means of illustrative material can be provided with such exercises as: *Look at the*

picture, diagram, graph, chemical formula (for pharmaceutical students) and say what can supposedly be stated in the text.

Extralinguistic interdisciplinary knowledge helps: 1) to create in the minds subjective images of real objects, designated by particular terms; 2) to predict the content of the text relying on English medical terms of Greek-Latin origin; 3) to mentally reproduce the image of the professionally significant phenomenon / event / situation described; 4) to model professionally relevant situations.

In conclusion, it should be noted that interaction of supports, their availability at the pre-reading stage will contribute to not only formation and functioning of the anticipation mechanism in medical students, but also will help teachers to activate and consolidate the language material and develop students' skills in searching for professionally relevant information in a specific text.

References

1. Большой Энциклопедический словарь. Психологический словарь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.slovarus.ru/?di=784> (дата обращения: 12.12.2018).
2. Гальскова Н. Д., Гез Н. И. Теория обучения иностранным языкам. Лингводидактика и методика: учебное пособие для студентов лингвистических университетов и факультетов иностранных языков высших учебных заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2009. — 225 с.
3. Глазырина Е. С. Лингводидактическая стратегия форсированного введения студентов-регионоведов в профессионально-ориентированный дискурс // Иностранные языки и литература в международном образовательном пространстве: материалы пятой международной научно-практической конференции / Министерство образования и науки Российской Федерации, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, Институт фундаментального образования, Кафедра иностранных языков и перевода. — Екатеринбург, 2015. — С. 59-63.
4. Жинкин Н. И. Механизмы речи. — М.: Издательство АПН РСФСР, 1958.

Л. К. Гордеева, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕВОДА МЕДИЦИНСКОГО ТЕРМИНА В СПЕЦИАЛЬНЫХ ТЕКСТАХ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The article provides an overview of some problems with translation of medical terms that occur in the process of studying of medical texts by Russian medical students.

Key words: term, medical terminology, medical term, translation, medical terms' translation.

Ключевые слова: термин, медицинский термин, перевод терминов, медицинская терминология.

Проблема перевода медицинских текстов связана, прежде всего, с трудностями перевода терминологии. Медицинская терминология — это путь к миру человеческой анатомии и физиологии, болезням, лабораторным исследованиям, медицинским процедурам. Крайне важно правильно перевести, «расшифровать» информацию, заключенную в определенном медицинском тексте/назначении/рецепте и др. поэтому на занятиях по иностранному языку переводу специальных текстов уделено особое внимание [3].

При переводе специального текста студенты чаще всего пользуются онлайн переводчиками, поскольку они способны переводить текст полностью буквально за несколько минут. Однако здесь учащиеся могут столкнуться с трудностями, отмеченными в работе Е.М. Солнцева [4]: синонимия медицинских терминов, большое количество сокращений и аббревиатур (часто не зафиксированных в словарях), расхождения в классификации и номенклатуре различных органов и систем организма. Все это приводит к неправильному или неадекватному переводу предложения или даже текста. Естественно, самый простой текст, прошедший через машинный перевод, требует определенной правки и корректировки, а также использования специальных словарей, в которых можно встретить гораздо больше значений определенного медицинского термина, чем, например, в Яндекс-переводчике. К сожалению, студенты редко пользуются

такими словарями, ограничиваясь «бытовыми» переводчиками, что ведет к неправильному переводу и пониманию текста.

Ряд авторов (Адамбаева Н.К., Рузматов Ш.Х., Тохирова Г.М., Захарова Д.В.) сходятся во мнении, что медицинский текст — узко-специализированный текст, требующий от переводчика не только знания иностранного языка, но и обширного знания медицинской терминологии. Это высказывание находит подтверждение в учебной среде, поскольку иностранный язык изучается на младших курсах, когда студенты еще мало знакомы с медицинской терминологией и ее тонкостями, но уже изучали иностранный язык в школе. Таким образом, при переводе специального текста учащиеся в первую очередь должны обращать внимание на перевод медицинской терминологии, уместность ее использования в зависимости от характера текста (научный, научно-популярный), возможность использования в переводе так называемых non-technical words или lay terms, единиц общеупотребительного языка, задействуемых для объяснения специальных понятий [2, с. 140].

Еще одной проблемой перевода медицинского термина являются так называемые «ложные друзья переводчика» [1, с. 67]. Одним из самых распространённых терминов, при переводе которого большинство учащихся допускает ошибку, является термин *angina*, который, само собой, неправильно переводится студентами как *ангина*. Причинами такой ошибки является практически полное соответствие русскому слову *ангина* и уверенность студента в том, что этот термин переводится именно так, хотя в переводе на русский он имеет совсем другое значение — *стенокардия*. Термин *blister*, имеющий русскоязычное соответствие *волдырь* или *кожную мозоль*, может передаваться в переводе на русский язык как *блистер* в ограниченном числе ситуаций. Решить эту проблему помогают специальные словари, в которых указано, когда этот термин может употребляться в том или ином значении. Все это должно учитываться студентами при переводе медицинского текста.

Принимая во внимание тот факт, что медицинская терминология активно развивается и обогащается новыми терминами практически каждый день, исследователи советуют переводчику «держать руку на пульсе» и быть в курсе всех изменений, происходящих в рамках той или иной переводимой области медицинского знания,

однако такие требования не могут быть предъявлены к студенту медицинского вуза, где роль иностранного языка не является ведущей. Студентам медицинских вузов можно дать лишь основные рекомендации по переводу специальных текстов — пользоваться адекватными словарями и online-переводчиками, использовать собственные знания терминологии и иностранного языка, не опираясь всецело только на машинный перевод и прислушиваться к советам преподавателя при переводе специального текста.

Литература

1. Бельдиев С. Н., Платонов Д. Ю., Гавриленко Н. Г., Мясникова Т. С. Симптомы и признаки сердечной недостаточности в российских клинических рекомендациях 2016 года: потерянные и перемещенные / Кардиология, 2018. — № 2. — С.63-68.
2. Гавриленко Н. Г. Обучение иностранному языку медицинского общения в вузе: из опыта работы // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. — Тверь : Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. — С. 136-142.
2. Соколова А. Ю. Металингвизм в преподавании английского языка // Филологический аспект: международный научно-практический журнал. 2019. № 1 (45) . — Нижний Новгород: Научно-издательский центр «Открытое знание». — С.101–111.
3. Солнцев Е. М. Перевод медицинских текстов: к вопросу о соотношении общих и частных проблем [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.thinkaloud.ru/science/solnts-med.pdf> (дата обращения: 30.01.19).

О. А. Киба, канд. филол. наук

ФГБОУ ВО Алтайский государственный технический университет,
Барнаул, Российская Федерация

ДИСКУРСИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ БИОТЕХНОЛОГИЙ И ЕЁ СМЫСЛОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ В ОБУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

The article is devoted to the discourse representation analysis on the example of biotechnology. This high technology plays an important role in the contemporary life. On the text level biotechnology manifests itself in the form of the substantive, attributive and predicative components and has become the systematic discourse analysis object (for the first time in Russian as Foreign teaching methodics). These semantic components are the main operational linguodidactic units in Professional Russian teaching.

Key words: Russian for specific purposes, discourse representation, biotechnology, discourse semantic components (substantive, attributive, predicative), physical object, technological process.

Ключевые слова: профессиональный русский язык, дискурсивная репрезентация, биотехнологии, смысловые компоненты дискурса (субстантивный, атрибутивный, предикативный), физический объект, технологический процесс.

Биотехнологии, в которых объединяются достижения инженерии и медицины, лежат в основе технологического прогресса XXI в. Их специфика заключается в том, что они в той или иной степени касаются каждого из нас. Именно поэтому биотехнологии на протяжении последних десятилетий находятся в эпицентре дискуссий: обсуждается их влияние на человека и живой мир, идут споры о границах дозволенного в плане изменения природы. В связи с этим актуальной темой представляется рассмотрение данного вида высоких технологий не только в научной, но и в учебной коммуникации на занятиях по профессиональному (инженерному и медицинскому) дискурсу.

Методика дискурсивной репрезентации возникла в результате длительной апробации в учебной аудитории. Изначально она была продиктована необходимостью целостного, программного обучения

студентов из стран СНГ (главным образом таджиков, туркмен и узбеков) на всех этапах (начальном и продвинутом). В 2014 г. автор статьи начал обучение данной категории иностранных студентов, работа с которыми привела к алгоритму анализа технологии по ее текстовым проявлениям (так называемым дискурсивным репрезентантам). Рассмотрим «шаги» этого алгоритма на примере биотехнологий.

1. Наименование репрезентанта и его лингвистический смысл.

Приступая к работе с той или иной технологией, необходимо определить ее смысловой диапазон в современной инженерии. Такое определение обычно происходит путем выделения дискурсивных репрезентантов, каждый из которых является своеобразным инвариантом по отношению к конкретным текстовым реализациям и фиксирует какой-либо важнейший признак рассматриваемой технологии.

В случае с биотехнологиями центральным дискурсивным репрезентантом является *«Биотехнолог как субъект, преобразующий живую природу»*. Его лингвистический смысл описывается конструкцией *«(Кто?) как (кто?)»*, в которой на первом месте стоит инженер, а вторую позицию занимает его квалификация на смысловой оси *«человек (активное, субъектное, преобразующее начало) vs. природа (пассивное, объектное, преобразуемое начало)»*.

2. Философско-мировоззренческое содержание выделенного репрезентанта.

На втором этапе работы с дискурсивным репрезентантом определяется его философско-мировоззренческое содержание, в результате чего рассматриваемая технология оказывается вписанной в общемировую интеллектуальный контекст. Как известно, западная культура научной мысли базируется на фундаментальной семантической конструкции, которая была сформулирована в античной философии. *«Гилеоморфизм заключается в трактовке космогенеза (как и любого становления) в качестве оформления исходного субстрата»* [3, с. 168]. Исходя из этого, в западном мировоззрении центральную позицию занимает субъект (в нашем случае инженер-биотехнолог), а объектом является природа, изменяемая и совершенствуемая им.

3. Смысловое «расщепление» репрезентанта. Работа со смысловой структурой микротекста, ориентированного на физический объект / технологический процесс.

Как известно, информация о физическом объекте или технологическом процессе в первичном (аналитически не обработанном) тексте существует в своем естественном, нерасчлененном виде. Когда читающий (или слушающий) воспринимает этот целостный дискурсивный поток, он проводит аналитико-синтетическую работу, сначала выделяя в общем информационном массиве актуальные смыслы, а затем обобщая их по тому или иному признаку.

Профессиональный дискурс (инженерный и медицинский) содержит внутренние языковые механизмы, позволяющие расчленить смысловое единство первичного текста, и таким образом сопроводить учащегося на пути к пониманию. Смысловая сегментация базируется на противопоставлении трех видов смысловых компонентов (субстантивных, атрибутивных и предикативных) в структуре конкретного репрезентанта. Субстантивные компоненты смысла на текстовом уровне фиксируются конкретными существительными. Как правило, это физические объекты, представляющие определенную технологию. Атрибутивные компоненты фиксируются прилагательными или отвлеченными существительными. Предикативные смысловые компоненты закрепляются дискурсом посредством глагольной лексики. При этом необходимо учитывать, что отдельно взятый репрезентант, как правило, не показывает всех вышеперечисленных смыслов, а, наоборот, избирательно «относится» к своим смысловым компонентам. Это объясняется тем, что дискурс, выдвигая тот или иной репрезентант в центр внимания, самостоятельно (на мировоззренческом уровне) регламентирует, какой компонент важен в данном случае.

Так, в случае с дискурсивным репрезентантом *«Биотехнолог как субъект, преобразующий живую природу»* в центр внимания выдвигаются предикативные компоненты: А = модифицировать, В = улучшать, С = создавать, D = придавать. Как мы уже отмечали, на мировоззренческом уровне это обусловлено активной позицией субъекта в западной культуре.

Базовый учебный микротекст, ориентированный на объект, может быть представлен как текст с пропущенными словами (глаголами). Он выглядит следующим образом:

Сегодня перед биотехнологом стоит много технологических задач. Можно **изменять** биологические организмы для обеспечения потребностей людей с помощью клеточных и генно-инженерных методов. Например, ... **(1)** качество продуктов, получать новые виды растений и ... **(2)** животных, ... **(3)** живым организмам необходимые свойства и ... **(4)** новые лекарственные препараты методами генной инженерии, искусственного отбора, гибридизации [2].

Как видно из приведенного примера, первым значимым компонентом ряда является глагол *изменять* (= *преобразовывать*), который совпадает с наименованием репрезентанта, определенным на первом этапе и уже известным учащемуся. Это не случайно, поскольку обычно каждый микротекст о физическом объекте начинается с наиболее широкого смысла, а затем идет смысловое сужение (конкретизация) репрезентанта, которое демонстрируют остальные глаголы выделенного смыслового ряда (*модифицировать, улучшать, создавать и придавать*) (рис. 1).

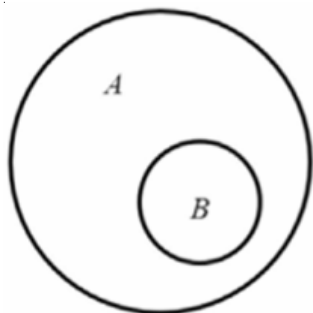


Рис. 1. Предикативные В-компоненты **модифицировать, улучшать, создавать и придавать** включаются в общий (максимально широкий) А-компонент **изменять**

Работа учащегося на данном этапе сводится к смысловому подбору правильного компонента, который диктуется синтагматикой инженерного дискурса, его признаковой структурой, изучаемой на начальном (формативном) этапе [1, с. 3 5]. Необходимым условием подбора является такое распределение компонентов, когда они не пересекаются по смыслу и, следовательно, являются однозначно закрепленными за определенным местом в тексте-описании (рис. 2).



Рис. 2. Предикативные компоненты репрезентанта **модифицировать, улучшать, создавать и придавать** не пересекаются по смыслу

4. Определение содержания биотехнологии по ее наименованию. Синтез по модели «технология объект его описание».

На завершающем этапе работы с дискурсивной репрезентацией осуществляется синтетическая обработка полученной информации. Как известно, биотехнологии имеют три вида: 1) красные, связанные с человеком; 2) зеленые, связанные с природой; 3) белые, связанные с топливом. Исходя из этого, учащемуся предлагается сначала определить по описанию, о каком объекте идет речь в микро-тексте, а затем отнести конкретный пример к одному из трех типов биотехнологий. В результате прохождения всех этапов у учащегося формируется целостное (логически расчлененное) представление о науке и технике XXI в.

Литература

1. Киба О. А. Русский язык как иностранный: инженерный дискурс. Формативный уровень. Ч. 1: Физический объект и его признаки: учебное пособие для студентов инженерно-технических специальностей из стран СНГ / О. А. Киба. — Барнаул: Изд-во АлтГТУ им. И. И. Ползунова, 2016. — 117 с.
2. Медицина будущего: отвечает BIOCAD [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://newtonew.com/science/biotechnologiya-nauka-budushchego> (дата обращения: 18.03.2019).
3. Новейший философский словарь / Гл. ред. и сост. А. А. Грицанов. «Минск: Изд. В. М. Скакун, 1999. — 896 с.

З. Ф. Корнева, канд. психол. наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО НАПРАВЛЕННОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The innovative approach of a teacher enhances language proficiency. Dynamic visual aids contribute to the students' operational memory. Thus, we see the development of links which is a basis for a full command of the language. The absence of visual aids hinders language acquisition.

Key words: dynamic visual aids, language acquisition, language proficiency, professional competence.

Ключевые слова: динамическая наглядность, владение языком, уровень знаний, профессиональная компетенция.

Главной целью обучения иностранным языкам в медицинском вузе является владение иностранным языком, который служит для формирования и формулирования мыслей по своей специальности. Возросшие международные и культурные связи требуют от многих людей говорить на иностранном языке и понимать иноязычную устную речь.

Владение иностранными языками дает возможность студенту-медику знакомиться с современными технологиями и методиками, помогает повышать уровень профессиональной компетенции и устанавливать профессиональные контакты с зарубежными коллегами. Студент, изучающий иностранный язык, должен иметь стимул в его изучении, любая инновационная деятельность преподавателя способствует обеспечению необходимого уровня знаний, которые в дальнейшем составят базовую основу для дальнейшего самообразования. В учебном процессе сочетаются как традиционные, так и инновационные формы обучения. Это сочетание в учебно-образовательном процессе определяет интенсификацию процессов творчества, инициативность и самостоятельность наших студентов, способствует развитию творческого мышления.

Однако время, отводимое на изучение иностранного языка в неязыковом вузе, крайне усложняет психологическое обеспечение

деятельности преподавателя, усложняет задачи мотивационно-познавательного интереса в достижении необходимого уровня знаний нашими студентами.

Знание иностранного языка необходимо для специалиста-медика наряду с его профессиональными качествами для «формулирования мыслей» в социально обусловленных и профессионально ориентированных сферах обучения.

Использование на занятиях по иностранному языку видеоматериалов позволяет раскрыть сущность языкового явления и определить содержание иноязычной речи. Динамическая наглядность выполняет информирующую и семантизирующую функцию, помогает образованию речевых автоматизмов, стимулирует высказывание. Наглядность является организационной опорой высказывания. Учебная и самостоятельная работа проводятся в тесной взаимосвязи и дополняют друг друга. Такая взаимосвязь мобилизует личные возможности, снижает волевое усилие, необходимое для работы и приводит в действие творческие возможности учащихся. При выборе видеоматериала необходимо помнить, что он должен не только иметь непосредственное отношение к программе, но и быть положительно мотивирован.

Большое внимание необходимо уделять тем упражнениям, которые призваны развивать языковую догадку и умение прогнозировать на языковом уровне.

Такие умения можно выработать путем использования креативных ситуаций, которые развивают интеллектуальные способности, коммуникативную и профессиональную компетенцию учащихся.

Полное отсутствие внешней предметной наглядности оказывает сдерживающее влияние не только на развитие ситуативной речи, но и на овладение иностранным языком в целом.

От уровня владения языком зависит успешность осознания образов. Она связана с прошлым опытом речемыслительной активности и методикой обучения.

Учебная деятельность большинства учащихся определяется, как правило, внешними мотивами. И эту мотивацию необходимо развивать, начиная с первой стадии. Желательно привлекать интересные материалы, использовать элементы развивающей системы обучения (проблемные ситуации, вопросы и т. д.).

Психологический барьер при восприятии звучащей иноязычной речи желательно снимать путем поддержания ситуативного интереса, использовать связи изучаемого языка и будущей профессии, использовать как можно шире профессиональный и познавательный компонент мотивации.

Учащиеся, как правило, умеют пользоваться учебниками, словарями, техническими средствами. Им гораздо труднее излагать свои мысли и выбирать пути для достижения цели. Поэтому необходимо четко и грамотно формулировать задания, которые изменяются и могут быть обусловленными индивидуальными особенностями учащихся.

Учебный аудио- и видеоматериал позволяет интенсифицировать процесс обучения, стимулирует познавательную деятельность студентов, имеет прагматическую направленность, способствует формированию профессиональной компетенции.

От того, насколько студенты подготовлены к предстоящей работе, от мотивации выполняемой ими работы, от психологически и методически обоснованной организации при использовании видеоматериалов в учебном процессе зависит главным образом их успех.

По сравнению с другими предметами, иностранный язык всегда был более лично-ориентированным. В неязыковых вузах он является средством повышения уровня образованности, эрудиции будущих специалистов.

Предлагаемый для изучения материал должен иметь прямое отношение к избранной специальности и способствовать развитию умений и навыков иноязычной устной речи. Учебный процесс в вузе должен готовить студентов не только к профессиональному, но и к личному общению с людьми, у которых иные традиции и другая языковая культура.

Аутентичный текстовый материал должен быть насыщен информацией, которая отражает специфику избранной профессии. При подготовке учебных материалов необходимо учитывать такие принципы, как коммуникативность и профессионализм. Речепроизводство, в процессе учебного общения, может опираться и на внешнюю предметно-слуховую наглядность, дополненную в сознании соответствующими зрительными представлениями. Использование такой наглядности расширяет возможности развития иноязычной речи, де-

лает процесс овладения языком надежным из-за практически полного отсутствия адаптации в слуховых ощущениях. При работе с различными видами наглядности происходит становление и упрочение тех связей, которые лежат в основе полноценного владения языком.

Основными показателями качества речи являются не только развернутость фраз, но и их субстантивность и предикативность. Студенты, работая с динамической наглядностью, стремятся называть ситуации предложениями, хотя и испытывают затруднения. Владение глаголом на этом этапе менее совершенно, чем существительным. Объем речевого материала низкий, а фразы типа «*C'est un malade*» встречаются часто.

Владение языком на уровне слова явно недостаточно для общения на этом языке. Необходимо употребление другого слова, связанного посредством синтаксических связей с первым, чтобы иметь возможность выразить свое суждение.

Предикативные высказывания начинаются с того этапа развития речи ребенка, на котором она состоит из одного слова, подлежащего, а действие, ситуация заменяют глагол [1, с. 143]. Слово-называние быстрее, чем другие слова, всплывает в сознании. Выбор глагола представляет наибольшую трудность для учащихся. На глагол падает основная нагрузка в организации синтаксического единства фразы. Необходима выработка навыков, чтобы достичь полноценного владения многокомпонентными фразами.

Упражнение в ситуативной речи на основе динамической наглядности приводит к сокращению количества однокомпонентных фраз. Фразы укрупняются, отдельные ситуации называются несколькими предложениями, увеличивается объем речевого материала, а значит, и удельный вес глаголов [3, с. 112].

Связность и правильность речи в языках с аналитическим строем зависит во многом от правильного употребления служебных слов, которые выполняют важную функцию передачи синтаксических отношений в предложении.

В отличие от первого слова, которое наиболее свободно во фразе, выбор последующих слов происходит по семантическим правилам, которые определяют сочетаемость слов по их значениям. На различных этапах онтогенеза значение слова, по утверждению Л. С. Выготского, находит свое развитие [2, с. 217]. Даже при одной

предметной отнесенности может быть разное понимание слов у различных людей. Эту многозначность можно снять вопросом или экстралингвистической ситуацией. Статичная наглядность предпочтительна для изучения терминов-существительных, а динамическая наглядность способствует овладению термином-глаголом.

Более сложные фразовые структуры образуются в зависимости от степени сформированности речевых навыков. Наполненность структур иноязычной фразы разнообразной лексикой свидетельствует о сформированных и упроченных навыках переноса. Все это достигается благодаря высокому уровню развития соответствующих психических функций, когда человек говорит «не думая». Динамическая наглядность способствует освобождению оперативной памяти, чем, очевидно, и объясняются навыки быстрого переключения внимания. Иноязычная устная речь, развитие которой идет на основе динамической наглядности, имеет лучшие временные характеристики, увеличенный объем речевого материала и более адекватное место пауз.

Литература

1. Galichet G. Essai de grammaire psychologique. — Paris, 1947. — p.149.
2. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. Мышление и речь. Проблемы психологического развития ребенка. — М.: АПН РСФСР, 1956. — 519 с.
3. Корнева З. Ф. Развитие иноязычной устной речи средствами динамической предметной наглядности / Дисс. канд. психол. наук. — Минск, 1984.— 166 с.

М. М. Малгатаева, канд. филол. наук, ст. преподаватель
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, Иркутск,
Российская Федерация

К ВОПРОСУ ОБ ОБУЧЕНИИ КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ

The article deals with teaching clinical communication. Physicians need communicative competences which can be learned with application-related, specialized practical examples of everyday medical professional life. The article describes how patient-to-physician communication can be taught and trained successfully in medical education and advanced training.

Key words: medical education, patient-to-physician interaction, patient-to-physician communication, national longitudinal exemplary communication skills curriculum.

Ключевые слова: медицинское образование, коммуникация между врачом и пациентом, обучение навыкам коммуникации, внедрение в учебный план.

Коммуникативная компетенция — многоаспектное явление, что породило множество определений данного понятия. Коммуникативная компетенция в сфере медицины является в первую очередь социальной компетенцией. В этом ракурсе она была рассмотрена в работах многих отечественных и зарубежных авторов [1–6]. Для филологов представляет большой интерес определение, отражающее связь социального и лингвистического бытия человека: «... способность индивида решать языковыми средствами те или иные коммуникативные задачи в разных сферах и ситуациях общения... являет собой нерасторжимое единство двух компонентов — лингвистического и социального, связь определенного объема лингвистических и социальных знаний с умениями и навыками общения [3, с. 140].

Взаимоотношения врача и больного — это взаимоотношения основных актантов медицинского дискурса. Отсутствие коммуникативной компетентности негативно сказывается на эффективности лечения. И наоборот, плодотворное взаимодействие врача и больного предполагает доверительные человеческие отношения, степень удовлетворенности пациента оказанной ему помощью, степень

удовлетворенности врача повседневной работой и профессией в целом, способствует его личностному росту. Пациенты ожидают от врачей, что те будут интересоваться их страхами, ощущениями. На сегодня они хотели бы получить полную информацию о болезни и принимать определенное участие в решениях по лечебному процессу. Если врач и пациент в беседе «не слышат» друг друга, то страдает от этого качество отношений, а с ним неизменно доверие к врачу. Не исключены ошибки в лечебном процессе, жалобы со стороны пациента. Эмпатия и пациент-ориентированное общение создают, напротив, доверительную атмосферу, способствуют сотрудничеству со стороны больного и определяют успешное лечение. Таким образом, коммуникативная компетенция относится к числу ключевых компетенций медицинского работника.

В некоторых странах обучение коммуникационным навыкам является обязательной частью до- и последипломного медицинского образования. Как показал опыт, проведенный в рамках национального проекта «Лонгитюдный курс обучения коммуникации» [11] в Гейдельбергском университете (Universit t Heidelberg), научиться этому можно лучше всего на конкретных примерах из врачебной практики. Вот одна из предлагаемых на рассмотрение ситуаций:

Господин Мюллер сидит в кабинете и ждет доктора. Напряженность и чувство страха одолевают его. Что же скажет ему врач? Возможно, анализ биологического материала покажет лишь воспаление? Время в кабинете показалось ему вечностью. Наконец входит доктор и пожимает ему руку: «Господин Мюллер, к сожалению, должен сообщить вам, что у Вас рак». Господин Мюллер с трудом понимает сказанное. Для него это как удар в спину. Ведь только четыре месяца назад он купил дом и пребывал в радостном возбуждении ожидания их долгожданного с женой первенца. Казалось, мир рухнул, после того, как он услышал свой диагноз. А врач продолжал: «В настоящее время существует много хороших методов лечения. Вам будет проведена химиотерапия. Курс состоит из двенадцати циклов. При этом Вы можете почувствовать недомогание. Однако с этим придется смириться, ведь этот метод имеет больше преимуществ, чем другие».

Данная ситуация представляется как неудачный пример коммуникации. От нахлынувших чувств господин Мюллер едва ли способен что-либо воспринимать. Врач не дает ему времени прийти в

себя, осознать случившееся. В этом состоит ошибка доктора. Во-вторых, методы лечения оговариваются и принимаются обеими сторонами — врачом и пациентом. К сожалению, такие примеры неудавшегося диалога все еще имеют место. Можно предположить, что слово является самым важным инструментом врача.

В последние годы было много предложений внести курс обучения коммуникации «врач — пациент» в программу обучения будущих медиков. Продолжительное время этот предмет преподавали на добровольной основе. Как показало исследование, проведенное по поручению министерства здравоохранения, занятия содержали слишком много теории, были неоднородны по содержанию и, в целом, недостаточно разработаны. Зачастую студенты были вынуждены самостоятельно организовывать подобные занятия.

В мае 2012 года поправка относительно курса коммуникации в сфере медицины была включена в изменения к Положению о допуске к врачебной практике. С тех пор это стало предметом изучения студентов и содержанием их выпускного государственного экзамена. Благодаря изменениям в Положение о допуске к врачебной практике медицинские факультеты должны были внести обучение коммуникативным навыкам в учебный план и содержание экзаменов. Создание и разработка таких учебных планов сопряжены с определенными трудностями организационного, финансового и личностного характера.

Национальный проект «Лонгитюдный курс обучения коммуникации» призван оказывать содействие медицинским факультетам в преодолении этих трудностей. Опираясь на поддержку министерства здравоохранения, проект ставит себе целью мобилизовать имеющиеся ресурсы и интегрировать коммуникацию в сфере медицины в учебный план. С 2012 года в проекте работают свыше 500 представителей всех медицинских факультетов крупнейших университетов Германии. Их возглавляют признанные авторитеты в области медицины.

Для разработки учебной программы по коммуникации проводится на медицинских факультетах исследование по содержательным и структурным особенностям занятий и экзаменов по предмету. С учетом поставленных учебных целей в Национальных образовательных стандартах по медицинским специальностям могут быть

определены и устранены пробелы. Национальные образовательные стандарты по медицине служат для медицинских факультетов системой контрольных параметров в области медицинского образования и занимаются разработкой навыков и компетенций, необходимых врачам в их профессиональной деятельности. Цели обучения по овладению навыками общения отражены в Рабочем пакете «Коммуникация в сфере медицины».

Безусловно, коммуникативные компетенции должны быть сформированы посредством изучения студентами специального курса. Для того чтобы навыки приобрели устойчивый характер, необходимо задействовать в процессе обучения все каналы восприятия: зрение, слух, физическую активность.

Одновременно были собраны для данного курса так называемые «Лучшие примеры из практики» (Best Practice Beispiele). Они были классифицированы и предоставлены для обмена. Best Practice Beispiele располагает учебными материалами и фондом оценочных средств. Они дают возможность активного обсуждения ситуаций в группе. Модель учебного плана по коммуникации была разработана, прежде всего, для студентов специальности «Онкология», поскольку именно ситуации с онкобольными требуют хороших навыков коммуникации от врача. При обучении навыкам коммуникации в сфере медицины используется большое количество ресурсов, что требует от преподавателей определенного времени на подготовку. Для лучшей подготовки преподавателей к предмету были разработаны концепции для повышения их квалификации в этой области. Цель состояла в том, чтобы до 2017 года программу по коммуникации успешно внедрить в процесс обучения. Совместная работа в рамках проекта проходила очень плодотворно. Положительные отзывы свидетельствовали о том, какое значение имеет курс по обучению коммуникации в до- и последипломном медицинском образовании.

Таким образом, опыт национального проекта «Лонгитюдный курс обучения коммуникации» является очередным подтверждением необходимости обучения студентов медицинских специальностей коммуникационным навыкам и продемонстрировал хорошие перспективы внедрения дисциплины в учебный план. Значимость этих мероприятий трудно переоценить. Успешная коммуникация врача и пациента является залогом хороших результатов в лечеб-

но-диагностическом процессе и является одним из неотъемлемых профессиональных качеств медика.

Литература

1. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 576 с.
2. Колягин В. В. Коммуникации в медицине основы транзакционного анализа: пособие для врачей / В. В. Колягин. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. – 60 с.
4. Шанский Н. М. Что значит знать язык и владеть им / Н. М. Шанский, И. Л. Резниченко. – Л.: Просвещение, 1989. – 191 с.
5. Ehlich K., Koerfer A., Redder A. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. – Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.
6. Ehlich K., Rehbein J. Sprache in Institutionen // Althaus, H.P. et al. (Hrsg.): Lexikon der Germanistischen Linguistik.– Tübingen: Max Niemeyer, 1980.
7. J nger J., Mutschler A. Entwicklung einer Einsteiger- und Aufbauschulung f r Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin [Электронный ресурс-]. – Режим доступа: http://www.researchgate/de/publications/323513561_Entwicklung_einer_Einsteiger-_und_Aufbauschulung_fuer_Dozierende_in_der_Medizin (дата обращения: 26.11.2018).

А. В. Менжинская-Войтова, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИНОЯЗЫЧНОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

This article deals with the application of modern pedagogical technologies for the development of foreign communication competence of medical students. It comprises the development of critical thinking, using method of projects, method of debating, case-study, role plays, webquest, exploration technology, method of intensive study, language portfolio. The use of information communication technologies contributes to the perfection of linguistic and intercultural competence of students.

Key words: application, critical thinking, case study, role plays, exploration technology.

Ключевые слова: использование, критическое мышление, метод анализа ситуации, ролевые игры, технология исследования.

Основное назначение иностранного языка состоит в формировании коммуникативной компетенции, то есть способности осуществлять иноязычное межличностное и межкультурное общение с носителями языка. Под компетентностью понимается способность, необходимая для эффективного выполнения конкретных действий и достижения требуемого результата в конкретной области деятельности. Коммуникативная компетенция есть «интегративное» понятие, включающее как умения и навыки выполнять действия с языковым материалом, так и страноведческие и лингвострановедческие знания, умения и навыки, которые свидетельствуют об обученности общению [3, 5]. Важно предоставить учащимся свободно мыслить, решать какие-либо проблемы, чтобы учащиеся акцентировали своё внимание на содержании своего высказывания, чтобы в центре внимания была мысль, а язык выступал в своей прямой функции — формирование и формулирование этих мыслей. Технология развития критического мышления учащихся предполагает постановку вопросов учащимися и понимание проблемы, ко-

торую нужно решить. Существуют различные формы работы, предусматривающие развитие критического мышления учащихся: эссе, сочинение-рассуждение, дискуссия, диалог, ролевая игра и т. д.

Для того чтобы учащийся мог воспользоваться своим критическим мышлением, ему важно развить в себе ряд качеств:

- готовность к планированию — важно упорядочить мысли, выстроить последовательность изложения;
- гибкость — гибкость позволяет подождать с вынесением суждения, пока ученик не обладает разнообразной информацией;
- настойчивость — вырабатывая настойчивость в напряжении ума, ученик обязательно добьется гораздо лучших результатов в обучении;
- готовность исправлять свои ошибки — критически мыслящий человек воспользуется ошибкой для продолжения обучения;
- осознание — умение наблюдать за собой в процессе мыслительной деятельности, отслеживать ход рассуждений;
- поиск компромиссных решений — важно, чтобы принятые решения воспринимались другими людьми, иначе они так и останутся на уровне высказываний.

К компетентностно-ориентированным технологиям и методам обучения иностранным языкам можно отнести: метод проектов; метод дебатов; кейс-стади; ролевую игру; использование Интернет-ресурсов в обучении иностранным языкам [1, 4].

Одной из современных технологий обучения иностранным языкам является метод проектов. Например, студенты Белорусского государственного медицинского университета выполняют проекты по темам: «Респираторные заболевания», «Заболевания сердечно-сосудистой системы», «Заболевания желудочно-кишечного тракта», «Заболевания печени и желчных протоков» и др.

Проект осуществляется по определенной схеме:

Выбор темы, идеи, постановка проблемы, обсуждение, организация участников (формирование групп, распределение обязанностей), выполнение проекта (поиск и обсуждение информации, выбор способа реализации проекта), презентация проекта, обсуждение и рефлексия.

Метод дебатов представляет собой формализованный спор по определенным правилам и носит рамочный характер. Для дебатов

обязательным условием является наличие двух оппонентов, которые пытаются убедить третью сторону (судей) в правоте своей позиции. Целью «Дебатов» является наиболее полная всесторонняя проработка какой-либо темы, выработка критического мышления, умение отстаивать свою точку зрения.

Case Study (метод анализа ситуаций), как и метод дебатов, заключается в обсуждении проблемной ситуации и поиске решения проблемы. Данный метод преподавания английского языка характеризуется комплексностью, интегративностью и многоуровневостью [1].

Метод кейс-стади может быть реализован в соответствии со следующей схемой: ознакомление с описанием проблемы, самостоятельный анализ ситуации, анализ ситуации в группах (диагностика проблемы), представление своих находок и решений в дискуссии с другими обучающимися, принятие решения, презентация и аргументация принятых решений.

Научить применять иностранный язык в практической деятельности, использовать языковые и речевые навыки в условиях «живой» коммуникации помогают ролевые игры.

Ролевые игры могут быть социально-бытовыми и профессиональными (деловыми).

Игровые технологии могут применяться на любом этапе обучения: для предъявления и повторения новой лексики, для проверки правописания слов, для развития навыков монологической и диалогической речи, для обобщения изученного материала.

Применение интернет-технологий в обучении иностранному языку способствует решению следующих практических задач: 1) формированию устойчивой мотивации к изучению иностранного языка; 2) расширению словарного запаса; 3) формированию навыков и умений чтения, используя материалы глобальной сети; 4) развитию способностей к письменной и устной коммуникации.

Одной из новых технологий формирования и развития иноязычной коммуникативной компетенции посредством использования материалов всемирной сети является веб-квест. Веб-квест (webquest) — это определенная форма подачи материала посредством постановки задач, причем, решения поставленных задач или ответы на вопросы обучаемые получают с разных сайтов Интернета.

Результатом данной работы могут быть собственные мультимедийные веб-страницы и веб-сайты по заданной теме, составленные из материалов, полученных в ходе работы (тексты, фото, графика, видеоклипы, звуковые материалы).

Особое место занимает технология исследования, где учащиеся выходят на высокий уровень познания, самостоятельной деятельности и развития нового проблемного видения, освоение исследовательских процедур.

Вариантами модели исследовательского характера являются игровое моделирование, дискуссия, интервьюирование, решение проблемных задач и т. д.

Использование элементов интенсивного обучения путем подбора методов и приемов позволяют «погружать» учащихся в иноязычную среду, где возможно не только говорить, но и мыслить по-английски.

Моделирование ситуаций диалога культур на уроках английского языка позволяет учащимся сравнивать особенности образа жизни людей в нашей стране и странах изучаемого языка, помогая им лучше осознать культуру нашей страны и развивая у них умение представлять ее средствами английского языка. Такой подход возможен только при условии использования аутентичных учебных пособий.

«Языковой портфель» — это инструмент самооценки собственного познавательного, творческого труда учащегося, рефлексии его собственной деятельности. Это комплект документов, самостоятельных работ учащегося.

Учащиеся видят свой рост, сознательно пополняя не только багаж знаний, но и формируя банк данных о своих достижениях за весь период обучения (проекты, сертификаты, рецензии, отзывы об индивидуальной творческой деятельности).

Информационно-коммуникативные технологии находят все большее применение в организации учебного процесса, позволяют продуктивно рассмотреть все возможные аспекты (от лингвистического до культуроведческого), совершенствуют иноязычную речевую деятельность.

Интерактивный подход — это определенный тип деятельности учащихся, связанный с изучением учебного материала в ходе интерактивного урока.

Современная педагогика богата целым арсеналом интерактивных подходов, среди которых можно выделить следующие:

- творческие задания,
- работа в малых группах,
- обучающие игры (ролевые игры, имитации, деловые и образовательные игры),
- использование общественных ресурсов (приглашение специалиста, экскурсии),
- социальные проекты и другие внеаудиторные методы обучения (социальные проекты, соревнования, радио и газеты, фильмы, спектакли, выставки, представления, песни и сказки),
- разминки,
- изучение и закрепление нового материала (интерактивная лекция, работа с наглядными пособиями, видео- и аудиоматериалами, «ученик в роли учителя», «каждый учит каждого»,
- обсуждение сложных и дискуссионных вопросов и проблем.

Творческое задание составляет содержание, основу любого интерактивного метода.

Неизвестность ответа и возможность найти свое собственное «правильное» решение позволяют создать фундамент для сотрудничества, сообучения, общения всех участников образовательного процесса, включая педагога.

Работа в малой группе — неотъемлемая часть многих интерактивных методов, например, таких, как мозаика, дебаты, общественные слушания, почти все виды имитаций и др. При организации групповой работы следует убедиться, что учащиеся обладают знаниями и умениями, необходимыми для выполнения группового задания.

Таким образом, внедрение в образовательный процесс рассмотренных нами современных технологий и методов придает обучению иностранному языку практикоориентированный характер, способствует развитию активности и самостоятельности обучающихся, формированию мотивации к изучению иностранного языка, активизирует мыслительную и речевую деятельность, вследствие чего происходит формирование и развитие иноязычной коммуникативной компетенции. При этом следует понимать, что формирование иноязычной коммуникативной компетенции обучающихся во многом зависит от их активности, самостоятельности, способности к саморазвитию.

Литература

1. Агафонова Е. А. К вопросу о применении метода Case-study и использовании Интернет-ресурсов как активных методов обучения иностранному языку в техническом вузе / Е. А. Агафонова // Молодой ученый, 2011. — № 6, т. 2. — С. 114-116.
2. Батраева О. М. Игровые технологии как средство активизации учебного процесса при формировании коммуникативной и социокультурной компетенций / О. М. Батраева // Теория и практика образования в современном мире: материалы междунар. науч. конф. — СПб.: Реноме, 2012. — С. 311-314.
3. Бушуева М. А. О формировании иноязычной коммуникативной компетенции студентов неязыкового ВУЗА / М. А. Бушуева // Современные направления развития педагогической мысли и педагогика И. Е. Шварца: материалы международной научно-практической конференции. Часть I / под ред. Л. А. Косолаповой, Н. Г. Липкиной, Г. Ф. Похмелкиной; Перм. гос. пед. ун-т. — Пермь: ПГПУ. — 2009. — 324 с. — С. 117-120.
4. Воронова Е. Н. Современные технологии и методы обучения иностранному языку в вузе / Е. Н. Воронова // Перспективы науки и образования — № 1. — 2014. — С. 189-194.
5. Соколова А. Ю., Сорокин Ю. И. Компетентностный подход к обучению иностранным языкам в медицинском вузе // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й международной научно-практической конференции. — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 224-227.

Ю. В. Минаева, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань,
Российская Федерация

РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ НА УРОКЕ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

The article identifies and describes dialogic skills which should be mastered by students in the course of learning a foreign language. Particular attention is paid to the methods of development of students' communicative skills and the practical use of active dialogue forms as an effective learning tool.

Keywords: dialogic speech, anthropocentrism, communication skills, speech culture.

Ключевые слова: диалогическая речь, антропоцентризм, коммуникативные навыки, речевая культура.

Выбор диалога в качестве предмета исследования продиктован возросшим интересом лингвистической науки к изучению единиц, отражающих человеческий фактор в языке. Изучение «человека говорящего» актуально для современной науки о языке в связи с её антропоцентрической направленностью, обращением к языку в действительности, к прагматическому аспекту языкового функционирования, «интеграции всех связей и отношений языковой личности, которые обнаруживаются в её внешнем и внутреннем мире» [2, с. 204]. В диалоге как основной форме речевого общения проявляет себя коммуникативная функция языка и его социальная природа.

С точки зрения современной науки, диалог — интереснейший феномен не только человеческого общения, но также бытия и сознания. Глобальное понимание диалога и диалогических отношений в отечественной психологии и филологии восходит к трудам Л. С. Выготского и М.М. Бахтина, утверждавших, что диалогический характер носят человеческое мышление в целом и процесс понимания в частности [1, с. 303], диалог пронизывает человеческое мышление, поскольку оно «совершается в слове».

Диалог обладает высоким *прагматическим потенциалом*. Диалогические дискурсы «непосредственно включены в реальный дея-

тельность контекст и эта связь речи и действий фиксируется в сознании и даже подсознании носителей языка» [5, с. 163].

Развитие человека в его коммуникативно-речевой компетенции, формирование речевой культуры, «умения общаться в разных коммуникативных ситуациях рассматривается в наши дни как одна из главных методических задач» [4, с. 364]. Важным и существенным компонентом подготовки современного квалифицированного медицинского специалиста является владение иностранным языком не только на уровне бытового общения, но и в сфере профессиональной коммуникации на уровне, достаточном для осуществления определённых видов профессиональной деятельности. Знание иностранного языка открывает будущим врачам возможность непрерывного профессионального образования через доступ к теоретическим и прикладным достижениям мировой медицины, активное общение, обмен мнениями и сотрудничество с зарубежными коллегами. Успешность профессионального общения на иностранном языке зависит от того, насколько развита коммуникативная компетенция медицинского специалиста, навыки диалогической речи.

Уникальность иностранного языка как учебного предмета состоит в том, что язык здесь одновременно является и предметом изучения, и инструментом обучения. Учёт данной особенности в процессе преподавания создаёт надёжную базу для успешного овладения иностранным языком. Обучение языку во взаимосвязи этих двух аспектов способствует формированию у студентов коммуникативных компетенций.

Диалог как предмет обучения представлен в ныне действующих программах и учебниках по иностранному языку, учебных и учебно-методических пособиях, периодической литературе методической направленности. Практическая направленность в изучении предмета предполагает, что обучаемые должны овладеть целым рядом умений диалогического характера, связанных с использованием законов построения диалога в реальной речевой практике: восприятие, продуцирование и структурирование речи, обмен репликами в диалоге, умение проводить свою стратегическую линию в общении, прогнозировать поведение собеседников. Формируя у студентов навыки устного диалогического общения на иностранном языке, преподавателю необходимо действовать поэтапно. Во-пер-

вых, определить ситуацию диалогического общения в рамках изучаемой темы (например, «Визит врача на дом», «Здоровый образ жизни»). Во-вторых, проанализировать учебные материалы, соответствующие возрасту и уровню владения языком обучающихся, чтобы выбрать или составить диалоги-образцы с использованием типичных для данной ситуации речевых клише, моделей коммуникации. В-третьих, важно заранее продумать приёмы обучения специальной лексике, определить круг новых терминов, познакомить с ними студентов либо в контексте, либо в рамках обсуждаемой темы и отрабатывать с помощью заданий, которые способствуют их запоминанию.

При развитии коммуникативных навыков у обучающихся вне языковой среды могут возникнуть трудности. Например, связанные с распределением внимания между слушанием реплики собеседника и подготовкой собственной реплики. Кроме того, говорящий ограничен во времени и при долгом обдумывании ответа диалог нарушается. Языковые трудности и необходимость их преодоления неизбежны при слушании высказывания собеседника и при построении собственного спонтанного ответа. Необходимость догадываться о том, что может сказать собеседник и обдумывание собственной реплики (выбор слов, грамматических структур) нередко вызывают затруднения у изучающих иностранный язык. Успешному говорению на иностранном языке также препятствует боязнь совершить ошибку. Поэтому для формирования и развития навыков диалогической речи важна доброжелательная рабочая атмосфера на уроке иностранного языка.

Диалог выступает сегодня как способ формирования речевой культуры с опорой на методику коммуникативного обучения иностранному языку. Практическое использование активных диалоговых форм, моделирование различных вариантов речевого поведения — эффективный инструмент обучения. Для успешного овладения студентами компетенцией ведения диалога целесообразно использовать в процессе обучения диалоги-шаблоны, которые представляют собой речевые формулы в стереотипных ситуациях речевого общения и помогают запомнить и употреблять разговорные клише в соответствии с ситуацией общения. Усвоение наиболее типичных речевых формул происходит по разговорным темам. Необ-

ходимо формировать у студентов умение вступать в общение, поддерживать и завершать его. Кроме того, каждый участник диалога выступает попеременно в роли слушающего и говорящего, поэтому важно научить студентов репликам-побуждениям и репликам реакциям [6, с. 221].

Один из методов включения учащихся в диалогическое общение — это ролевая игра. Роли, в которых выступает учащийся, помогают ему освободиться от привычных представлений о самом себе, активизировать свои творческие возможности, т.е. способствуют раскрытию и проявлению его личности. Важно также и то, что ролевая деятельность повышает эмоциональный тонус учебного процесса. В результате, как правило, учащийся стремится проявить свои лучшие стороны. Учащийся, в зависимости от типа своей личности, от степени владения изучаемым языком, от конкретной роли в данной ситуации, может «самовыражаться» или «прятаться за свою социальную роль» [3, с. 481].

Игровая деятельность — это всегда мотивированное общение. Поэтому любой акт общения на уроке заведомо оправдан. Управление игровой деятельностью — это также управление диалогическим общением, создание игровых ситуаций, где уровень мотивации достаточно высок. Чтобы сделать задачу более понятной для обучающегося, преподавателю необходимо на подготовительном этапе чётко и лаконично сформулировать задание, подготовить опоры в виде карточек, иллюстраций, схем, описания ролей предполагаемого полилога. Преподаватель вовлекает каждого в общую деятельность, продуманно распределяет роли в каждой новой игре, делает временным лидером каждого, одним словом, управляет общением, учит диалогу. Чтобы управлять диалогом, преподаватель должен владеть средствами установления и поддержки контакта, т.е. его внешней техникой и произвольно управлять ею. С другой стороны, он должен обучать учащихся приемам диалога, определенным коммуникативным стереотипам [7, с. 74].

Коммуникативная направленность преподавания иностранного языка в медицинском вузе способствует формированию и развитию у будущих врачей навыков и умений свободного владения как письменной, так и устной диалогической речью в сфере бытового и профессионального общения. Обучение эффективному, результативно-

му общению, умению вести диалог и управлять им в пределах своей компетенции — ведущая стратегия в методике преподавания иностранного языка.

Литература

1. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1979. — 421с.
2. Вострикова Т. И. Профессионально-педагогический диалог в системе подготовки учителя русского (родного) языка: принципы обучения / Т.И. Вострикова // Гуманитарные исследования. — 2015. — № 4. — С. 203-207.
3. Кириллова Т. С. Игра в процессе обучения иностранным языкам / Т. С. Кириллова // Русский язык в иноязычном окружении: современное состояние, перспективы развития, культурно-речевые проблемы: материалы Российской научной конференции с международным участием. — Элиста: Издательство «Джангар», 2016. — С. 480-486.
4. Фадеева Л.В. Методические принципы изучения устной речи / Л.В. Фадеева // Слово немецкое и русское: аспекты изучения: Материалы международной конференции. — М.: «Прометей» МПГУ, 2005. — С. 362-366.
5. Фадеева Л.В. Типология диалогических дискурсов и их экспериментальное исследование в современной лингвистике / Л.В. Фадеева / Культура как текст: Сб. науч. ст. — М.: ИЯ РАН; Смоленск: СГУ, 2008. — Выпуск VIII. — С. 160-170.
6. Фадеева Л.В. Структурно-семантическая характеристика приложения в современном немецком языке / Л.В. Фадеева // Вестник МГИМО-Университета. — М.: МГИМО-Университет, 2011. — № 2(17). — С. 221-225.
7. Шмельёва О.Н. Применение интерактивных форм и методов обучения немецкому языку курсантов пожарно-технических образовательных учреждений / О.Н. Шмельёва // Психолого-методические аспекты обучения студентов иностранным языкам для специальных целей: Сб. науч. ст. междунар. науч.-пр. конф. — М.: МГПУ, 2015. — С. 72-77.

Т. С. Мясникова, канд. филол. наук

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ
КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА (НА ПРИМЕРЕ ПОДГОТОВКИ
ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗАЛОГ СЧАСТЛИВОГО
БУДУЩЕГО»)**

The article discusses the significance of projects and cooperative learning as methods of foreign language teaching at medical school. The article describes the advantages of these methods as a part of personality-centered education within the framework of the competence approach.

Key words: personality-centered education, method of projects, cooperative learning, professional competence, foreign language teaching.

Ключевые слова: личностно-ориентированное обучение, метод проектов, обучение в сотрудничестве, профессиональная компетентность, обучение иностранным языкам.

В настоящее время существует запрос на подготовку специалиста в рамках компетентностного подхода. Следовательно, компетентность является системообразующим фактором в подготовке будущего специалиста и в медицинском вузе. Существует несколько трактовок понятия *компетентность*, которые не противоречат, а дополняют друг друга, раскрывая данное понятие с разных сторон. *Компетентность* может рассматриваться как характеристика личности, характеристика профессионала и, наконец, как результат образовательного процесса. Таким образом, компетенция — это вполне осознанная способность реализации полученных знаний, умений и навыков для эффективной деятельности в определенной ситуации.

Теоретическая и практическая готовность специалиста к осуществлению профессиональной деятельности есть суть профессиональной компетентности. Одна из основных задач, стоящих перед преподавателем иностранного языка в медицинском вузе на современном этапе развития общества, — дать возможность осознать студенту, что получение знаний путем использования максимального количества

источников — это непрекращающийся процесс, залог будущей профессиональной успешности. Обучение иностранному языку в вузе предполагает развитие таких компетенций как лингвистическая, коммуникативная, лингвокультурологическая и методическая [4].

Необходимо отметить еще одну существенную характеристику современного образовательного процесса — интеграцию, то есть процесс и результат взаимодействия различных элементов, в результате которых образовательная система приобретает способность создавать нечто новое, сохраняя важнейшее свое качество, — целостность. Интеграция — важная характеристика современного образования, которая свидетельствует об эффективности системы. На современном этапе развития общества при обучении иностранному языку в медицинском вузе необходимо дать возможность студентам освоить методы и приемы, которые позволяют успешно изучать как иностранный язык, так и другие предметы.

Личностно-ориентированный подход к обучению справедливо считается одним из самых перспективных в педагогике. Именно технологии личностно-ориентированного обучения способны максимально развить индивидуальные познавательные способности студента на занятиях по иностранному языку в вузе. Обучение в сотрудничестве и метод проектов можно рассматривать как единую дидактическую систему, которая базируется на дидактической идеологии, отражает единые принципы и концепцию обучения, присущие названному выше (личностно-ориентированному) подходу.

В настоящей работе рассматриваются некоторые аспекты применения личностно-ориентированных технологий в обучении иностранному языку в медицинском вузе как один из факторов формирования профессиональной компетентности специалиста на примере подготовки проекта «Здоровый образ жизни — залог счастливого будущего». Подобная тема выявляет черты проектной методики, которые в своих работах выделяют Е. С. Полат, Э. Ю. Мизюрова, Н. А. Кочетунова, а именно: во-первых, подготовка проекта подразумевает востребованность личного опыта студентов, а, во-вторых, в рамках проекта проводятся исследования различных аспектов современного мира, явлений окружающей жизни. Интеграция теории и практики — обязательное условие применения проектной методики на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе.

Подготовка практико-ориентированного и социально-ориентированного проекта по иностранному языку «Здоровый образ жизни — залог счастливого будущего» начинается с того, что формируются группы, далее они выбирают подтемы в рамках магистральной темы проекта («Основа здорового образа жизни — правильное и сбалансированное питание», «Сон как необходимый фактор здорового образа жизни», «Спорт и здоровый образ жизни», «Отказ от вредных привычек — часть здорового образа жизни»), над которой они будут работать на протяжении двух-трех месяцев до момента представления конечного результата — презентации, сопровождающейся устным сообщением. Проектная методика подразумевает переход от «субъектно-объектных» отношений между студентом и преподавателем на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе, при которых обучающийся усваивает уже готовые знания, а основным источником знаний является преподаватель, к «субъектно-субъектным» отношениям, развивающим самостоятельность обучающихся, которая в свою очередь положительно сказывается и на развитии профессиональной автономии [4]. Постоянно растущие в современном обществе требования к специалисту в целом и к врачу в частности подразумевают умение ставить четкие цели, формулировать конкретные задачи, мыслить независимо и творчески, ориентироваться в многочисленных, постоянно пополняющихся отечественных и зарубежных источниках информации, наконец, принимать самостоятельные решения и нести ответственность за них. Развитию всех этих характеристик способствует применение образовательных технологий в рамках личностно-ориентированного подхода к обучению.

В ходе подготовки проекта студенты формулируют вопросы, на которые должны быть получены ответы в рамках исследуемой темы. Вместе с преподавателем составляется план работы в каждой малой группе (формулируется цель, определяются задачи исследования, методы, способы самоорганизации и самоконтроля внутри группы и так далее), определяются сроки выполнения каждого этапа подготовки проекта. Студентам необходимо научиться самостоятельно ориентироваться в информационных источниках, проработать огромное количество материала в рамках заданной темы, чтобы, во-первых, определить информацию, которая ляжет в основу

презентации и дополняющего ее устного сообщения, а, во-вторых, обучающимся необходимо подобрать вербальные средства выражения, правильно лексически и грамматически оформить свои презентации и доклады. В своей статье Е. С. Полат пишет об использовании метода проектов: «Важно предоставить учащимся возможность мыслить, решать какие-либо проблемы, которые порождают мысли, рассуждать над возможными путями решения этих проблем, с тем чтобы дети акцентировали внимание на содержании своего высказывания, чтобы в центре внимания была мысль, а язык выступал в своей прямой функции — формирования и формулирования этих мыслей» [5, с. 5]. При подготовке данного проекта преподаватель выступает в роли консультанта. Перед началом работы над проектом необходимо решить, с каким объемом ответственности сможет справиться та или иная подгруппа, насколько она на данном этапе способна проявить самостоятельность. Только ответив на эти вопросы, можно определить степень своего контроля. Таким образом, преподавателю необходимо регулировать степень автономии каждой группы при подготовке проекта, а требования, предъявляемые к студентам при выполнении данной работы, должны соответствовать уровню их самостоятельности [4].

Формированию профессиональной компетенции будущего врача на занятиях по иностранному языку в вузе помимо применения проектной методики способствует и обучение в сотрудничестве, которое совершенно справедливо рассматривается в рамках мировой педагогики как альтернатива традиционным методам. Обучение в сотрудничестве, в малых группах способствует достижению высоких результатов. В рамках подготовки проекта у каждого члена подгруппы есть своя зона ответственности, что, в свою очередь воспитывает личную ответственность (каждый понимает, что выполненная должным образом часть работы составит в конечном итоге успех всей подгруппы), уверенность в себе. В ходе подготовки проекта внутри малой группы развивается «командный дух», коммуникабельность. Студенты учатся совместно искать пути решения проблем. Важно отметить, что обучение в сотрудничестве — это не только эффективный способ интеллектуального развития студентов, способ получения новых знаний, умений и навыков с учетом индивидуальных особенностей развития, но и важный этап нравственного становления будущего

го специалиста. Во время подготовки проекта студенты учатся работать вместе, учатся быть готовыми прийти на помощь друг другу, разделить успех и неудачу товарища. Если работа в малой группе организована правильно, то снимается напряжение, у каждого участника малой группы возрастает вера в свой личный успех, в целом создается доброжелательная, рабочая обстановка, располагающая к творческим и исследовательским достижениям.

Заключительный этап работы над проектом «Здоровый образ жизни – залог счастливого будущего» — представление в аудитории презентации и доклада каждой из подгрупп. После прослушивания доклада и просмотра презентации каждой из подгрупп наступает этап обсуждения, в ходе которого задаются вопросы, высказываются замечания, отмечаются положительные аспекты. Правильно выстроенный преподавателем этап рефлексии играет важную роль в реализации проектной методики.

Таким образом, применение личностно-ориентированных технологий в обучении иностранному языку в медицинском вузе является одним из факторов формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, о чем свидетельствует, во-первых, умение работать с различными источниками информации (формирование и развитие навыка поиска, сбора, представления информации по определенной тематике), во-вторых, умение работать в команде, в-третьих, умение работать самостоятельно. Последние два умения способствуют росту мотивации к обучению, развитию автономности, проявлению инициативы, формированию уверенности в себе.

Литература

1. Душеина Т. В. Проектная методика на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе, 2003. — № 5.
2. Кочетунова Н. А. Метод проектов в обучении иностранному языку / Н. А. Кочетунова // Материалы Региональной научно-практической конференции «Английский язык в системе Школа — Вуз». — Новосибирск, 2003. — С. 52–59.
3. Мизюрова Э. Ю. Формирование межкультурной компетенции в процессе профессионально ориентированного обучения иностранному языку в аграрном вузе / Э.Ю. Мизюрова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки, 2015. — № 1 (33). — С.187–192.

4. Перчаткина В.Г. Проектная методика как фактор формирования профессиональной компетентности специалиста // Вестник Казанского технологического университета, 2014. — Т. 17. № 17. — С. 267–272.
5. Полат Е. С. Метод проектов на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе, 2000. — № 2. — С. 3–10.
6. Полат Е. С. Обучение в сотрудничестве // Иностранные языки в школе, 2000. — № 1. — С. 4–11.

Г. В. Напреенко, канд. филол. наук, ст. преподаватель,

К. С. Сдержикова, студентка

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово, Российская
Федерация

МИФОЛОГИЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОСИСТЕМЕ

Most of the terms in the medical terminology system are of Greek-Latin origin, so the study of the Latin language at the medical university contributes to training of a competent medical professional. The article deals with some medical terms and mythologisms that students study, describes the results of a survey conducted among health care providers and aimed at identifying the «transparency» of the mythological content of the medical term.

Key words: Latin language, medical terminology, mythological images, eponymic terms, mythologisms.

Ключевые слова: латинский язык, медицинская терминология, мифологические образы, термины-эпонимы, термины-мифологизмы.

Становление профессионального терминологического аппарата современного врача невозможно без латинского языка, изучение которого способствует пониманию и правильному употреблению медицинских терминов греко-латинского происхождения, развитию умения пользоваться продуктивными словообразовательными моделями при конструировании терминов и т. д. Анализ процесса номинации в медицинской терминосистеме позволяет выявить один из продуктивных способов номинации — образование терминов-эпонимов. Эпонимы — термины, в которых употребляются имена собственные. В медицинской терминосистеме эпонимы делятся на следующие группы: библеизмы (*Pomum Adami (prominentia laryngea)* — *Адамово яблоко*); мифологизмы (*caput Medusae* — *голова Медузы*); термины, включающие имена больных (*симптом Мюссе*); термины, включающие имена ученых и врачей (*раствор Люголя*). В настоящей статье мы рассматриваем медицинские термины-мифологизмы, под которыми понимаются «эпонимические термины, имеющие в своем составе мифологическое имя или мифо-

логизированное прецедентное имя из литературного источника» [1], а также некоторые названия лекарственных растений, не содержащие в своем составе имена собственные, но имеющие мифологическое происхождение.

Основой создания множества терминов греко-латинского происхождения являются образы, взятые из греческой и римской мифологии (напр., *Atlas, cornu Ammonis*). Имена многих мифических героев стали терминами, использующимися для описания того или иного психического расстройства (напр., *нарциссизм*). Именно изучение этимологии медицинских терминов-мифологизмов в ряде случаев позволяет полностью раскрыть содержание терминов, понять, почему то или иное заболевание носит именно такое название.

В рамках настоящего исследования проведен опрос среди медицинских работников с целью выяснения того, насколько известна этимология некоторых медицинских терминов-мифологизмов. Для исследования были произвольно отобраны медицинские термины, входящие в основные подсистемы медицинской терминологии, изучаемые в рамках университетского курса в медицинском вузе: анатомическая, клиническая, фармацевтическая терминология. Было опрошено 20 респондентов: 3 преподавателя медицинского вуза и 17 медицинских работников (кардиолог, пластический хирург, нефролог, хирург-нефролог, эпидемиолог, детский хирург, медсестра (5), медбрат (2), лабораторный техник (2), зубной техник, фармацевт). Образование опрашиваемых: высшее, среднее специальное, среднее техническое. Вопросы: 1. Какие из перечисленных понятий вам известны? 2. Как вы думаете, что послужило основой для происхождения данного слова (какие образы, символы и т.п.)?

В результате было выявлено, что респондентам знакомы все представленные термины, однако некоторые из них знакомы менее 50 % опрашиваемых. На первый вопрос респонденты ответили следующим образом: термин *гигиена* известен 95 % опрашиваемых; *панацея* — 95 %; *нарциссизм* — 90 %; *атлант* — 85 %; *мята перечная* — 80 %; *шиповник* — 80 %; *ахиллово сухожилие* — 75 %; *мак* — 70 %; *эфир* — 70 %; *голова Медузы* — 55 %; *Эдипов комплекс* — 50 %; *Адонис весенний* — 50 %; *морфий* — 50 %; *дельфиниум* — 35 %; *гипноз* — 35 %; *синдром Ио* — 25 %; *геростратизм* — 25 %; комплекс *Электры* — 25 %; *морфин* — 25 %; *аммонов рог* — 15 %; *примула обыкновенная* — 15 %.

Объяснить, что послужило основой для происхождения терминов оказалось затруднительным. Рассмотрим полученные в процессе опроса ответы респондентов.

1) Термины, входящие в раздел анатомической терминологии:

Атлант (лат. *Atlas, antis m*) — первый шейный позвонок позвоночных животных, в том числе человека. Всего получено 13 ответов, шесть из которых объясняют происхождение термина: напр., «древнегреческий титан, держащий небосвод» (медсестра), «схожесть мифа и функций позвонка», «образ Атланта, который держит свод», «назвали его Атлантом, т.к. сравнили с Древнегреческим Атлантом, титаном, который держал небосвод. Первый позвонок так же сдерживает колоссальные нагрузки, которые сравнили с Атлантовыми» (эпидемиолог). Остальные ответы указывают на значение термина: «первый шейный позвонок», «самый мощный шейный позвонок человека» и т.п.

Ахиллово сухожилие (лат. *Tendo calcaneus / Tendo Achillis*). Получено 13 ответов, шесть из которых содержат попытку объяснения происхождения термина: например, «В древнегреческом мифе Ахиллес окупился в подземную реку, да не сам, а с помощью его матери Фетиды, при этом она держала его за пятку. Поэтому пятка осталась единственным уязвимым местом на теле Ахилла. Он разгневал Аполлона и тот направил стрелу Париса в его пятку. Это выражение стало синонимом слабого места у человека» (пластический хирург); «самое мощное и крепкое сухожилие человеческого тела; название его произошло в честь имени древнегреческого отважного воина Ахилла» (эпидемиолог); «Ахиллесова пятка»; «самое крепкое сухожилие тела, назван в честь Ахилла» (нефролог).

Аммонов рог (лат. *Cornu Ammonis*). Получено 5 ответов, два из которых отсылают к мифологическому содержанию термина: «Что-то древнегреческое», «Аммон — древнегреческий бог» (медсестра).

2) Термины, входящие в раздел клинической терминологии:

Нарциссизм. Многими опрошиваемыми при объяснении термина нарциссизм было указано, что Нарцисс — герой греческого мифа (всего дано 15 ответов). Так, получено два подробных ответа, раскрывающих содержание мифа о Нарциссе: «Греческий миф о молодом человеке, в которого влюблялись все женщины, а он их отвергал. После чего был околдован и влюбился в собственное отражение и

превратился в цветок» (пластический хирург); «В древнегреческой мифологии Нарцисс обидел фею Эхо, которая из-за его самовлюбленности превратилась в цветок. Головка цветка всегда наклонена вниз, будто хочет видеть свое отражение в воде, как его раньше искал Нарцисс» (эпидемиолог). Другие ответы, отсылающие к мифу: «Свойство характера, заключающееся в чрезмерной самовлюбленности и завышенной самооценке. Названо в честь древнегреческого мифа о Нарциссе» (зубной техник), «синдром повышенного самолюбия. Миф о Нарциссе», «греческая мифология», «миф о нарциссе», «древнегреческий миф о Нарциссе». Были даны ответы, не указывающие на мифологическое содержание термина: например, «цветок». Определения, не отсылающие к мифу напрямую, но указывающие на признак заболевания: «самовлюбленность», «свойство самовлюбленности человека», «чрезмерное самолюбие», «самолюбие».

Эдипов комплекс. Всего дано 9 ответов, два из которых содержат указание на миф: «Древнегреческий миф о царе Эдипе, когда он, хоть и не ведая того, убивает своего отца и женится на матери» (пластический хирург); «греческая мифология». Остальные дают определение термина: «Бессознательное или сознательное сексуальное влечение к родителю» (хирург-нефролог); «латентное желание мальчика к маме» (медсестра) и т. п.

Синдром Ио. Один ответ содержит попытку объяснить происхождение термина: «Состояние повышенной активности. Назван в честь древнегреческой мифологии об Ио» (зубной техник). Два других дают определение синдрому: например, «излишняя активность».

Комплекс Электры. Дано 5 ответов, содержательны из которых следующие: «Название психического расстройства, связанное с героиней древнегреческих мифов — Электры» (эпидемиолог), «неосознанное влечение девочек к собственному отцу и враждебности к матери и соперничестве с ней за внимание отца» (хирург-нефролог).

Геростратизм. Дано 5 ответов, из которых содержателен следующий: «Акт вандализма, мания причинять другим несчастье» (врач-нефролог).

Голова медузы (лат. *Caput medusae*). Всего дано 11 ответов. Ответы, указывающие на связь с мифом: «Название патологии, я так полагаю, происходит в связи с сходством с головой Медузы Горго-

ны, вместо волос у которой были змеи, с ними сравнивали вена на животе человека» (эпидемиолог), «медуза Горгона» и т.п. Ответы, описывающие содержание патологии: «болезнь, обусловленная расширением вен в брюшной части туловища», «венозное расширение на брюшной части туловища», «гидроцефалия».

3) Термины, входящие в раздел фармацевтической терминологии:

Адонис весенний (лат. *Adonis vernalis*). Получено 12 ответов, один из которых содержит лаконичную отсылку к мифу: «миф».

Примула обыкновенная (лат. *Primula vulgaris*). Дано 5 ответов, один из которых содержит подробное описание происхождения термина, однако опрашиваемый раскрывает не мифологический аспект, а библейский: «Апостолу Петру были вверены золотые ключи от небесного царства. Когда он очутился у входа в рай, он узнал, что ключи подделка, а также о том, что кто-то пытается проникнуть в рай без его ведома. Удивленный этим он выронил связку ключей, и они упали на землю. Апостол послал за ней ангела, но вместо них там был лишь цветок желтого цвета» (пластический хирург).

По терминам **шиповник** (лат. *Rosa*) и **мята перечная** (лат. *Mentha piperita*) дано большое количество ответов (12 и 9 соответственно), однако нет ответов, раскрывающих мифологический аспект происхождения названий. Например, **шиповник**: «растение, используемое в лекарственных и косметических средствах» и т.п.; **мята перечная**: «растение с целебными свойствами, используется в косметологии, кулинарии, народной медицине» и т.п.

Относительно терминов **дельфиниум** (лат. *Delphinium*), **эфир** (лат. *Aether*) и **мак** (лат. *Papaver*) не дано содержательных ответов, раскрывающих связь терминов с мифологией.

Большое количество ответов было получено на дополнительный вопрос: «Знаете ли Вы, почему смертельный исход называют «летальным»? **Летальный исход** (лат. *Exitus letalis*): напр., «Letalis переводится как «смертельный». Древнегреческая мифическая Лета — река забвения, текущая в подземном царстве Аида — имеет латинскую основу своего имени, от *letum* — смерть. Кануть в Лету — исчезнуть из памяти, пропасть в неизвестности» (пластический хирург); «с латинского *Letalis* — смерть» (лабораторный техник), «названо в честь реки в царстве Аида, Лета (забвение)» (зубной техник) и подобное.

Для опроса были предложены также термины **гигиена** и **панацея**, мифологическое содержание которых оказалось «прозрачным» для многих медицинских работников. По термину **гигиена** получено 15 ответов, большая часть которых раскрывает этимологию: «в честь богини Гигиен», «Гигиен — богиня здоровья», «имя богини здоровья», «богиня». Остальные ответы описывают значение термина: напр., «наука, изучающая влияние факторов окружающей среды на здоровье человека и разрабатывающая профилактику по сохранению здоровья человека» (эпидемиолог) и т.п. По термину **панацея** получено 15 ответов. Содержательны следующие ответы: «богиня Панакаея», «в древнегреческой мифологии божество — персонификация исцеления. Дочь Асклепия и Эпионы. Ее братья — знаменитые врачи, исцеляющие героев» (эпидемиолог), «мифологическое универсальное средство от всех болезней», «древнегреческое средство от всех болезней» и т.п.

Результаты опроса оказались положительными и в некоторой степени ожидаемыми. Наибольшее количество содержательных определений было получено относительно терминов, которые имеют в своей структуре имена собственные, позволяющие отметить связь между термином и героем мифа. Так, рассматриваемые клинические и анатомические термины-мифологизмы оказались наиболее «прозрачными». Названия лекарственных растений оказались «непрозрачными» в исследуемом аспекте. Отсылка к мифологическому содержанию была дана только при определении термина *Адонис весенний* (лат. *Adonis vernalis*), который также содержит в структуре имя собственное. Остальные термины не были раскрыты опрашиваемыми в аспекте наличия в них мифологического содержания. Отметим, что знание мифологии, истории терминологии способствует лучшему запоминанию, пониманию терминов, а также грамотному использованию их в дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

1. Тритенко Т. В. Мифологические образы в языке клинической психологии: дисс. ... канд. филол. наук. — М., 2011. — 238 с.

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

Н. К. Молош, канд. филол. наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОДУКТИВНОЙ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОВЛАДЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКОМ

The paper provides an overview of the concept and characteristic features of productive learning activity which is aimed at improving both the process of language acquisition and its outcome. It promotes cognitive development, responsibility, independence and autonomy, self-regulated learning, social interaction and involvement. Productive foreign language education should be based on student-centered approach, active personal knowledge construction, competency development, motivating and engaging activities as well as reflection upon the academic progress. Evolving personal product in language education improves learners' academic performance and skills for lifelong learning and professional development.

Key words: foreign language acquisition, self-directed learning, personal qualities, responsibility, social interaction and cooperation, continuing professional development, student-centered approach, competency.

Ключевые слова: овладевание иностранным языком, самостоятельная учебная деятельность, личностные качества, ответственность, социальное взаимодействие и сотрудничество, непрерывное профессиональное развитие, личностно-ориентированный подход, компетентность.

В соответствии с компетентностной парадигмой образования выпускники медицинского университета должны быть компетентными специалистами, не только обладающими фундаментальными знаниями, но и умеющими оперативно работать с информацией, способными осваивать, внедрять и создавать инновации в сфере медицины.

Компетентностная модель образования ориентирована, прежде всего, на личность обучающегося как активного субъекта образовательного процесса, создание условий, позволяющих студенту про-

являть активную, инициативную позицию и обеспечивающих его личностное развитие и формирование потребности к непрерывному самообразованию.

Компетентностный подход всегда использовался при обучении иностранным языкам в высшей школе, так как конечной целью этого обучения являлось формирование у выпускников вузов навыков и умений, позволяющих им вести общение на иностранном языке на своем рабочем месте и во внеслужебное время. В этом контексте организация изучения иностранного языка в медицинском университете, направленная на повышение качества и эффективности обучения, основывается на продуктивной учебной деятельности, позволяющей придать процессу обучения личностный смысл и значимость, перенести акцент с обучения на учение и обеспечить развитие инициативной, творческой личности, обладающей иноязычной профессиональной компетентностью, способной осуществлять профессиональное взаимодействие на международном уровне развития медицинской науки. Иностранный язык при этом рассматривается как средство информационной деятельности и систематического пополнения профессиональных знаний будущего специалиста-медика, как необходимый компонент профессиональной культуры.

Продуктивный характер учебной деятельности предполагает активизацию когнитивных способностей обучающегося, реализацию его творческого потенциала, включенность в моделируемый реальный социокультурный контекст жизнедеятельности и речевого общения. Важными характеристиками продуктивного образования являются развивающий характер, креативность и инициативность обучающегося, его автономия как способность брать на себя ответственность за свое обучение, развитие учебно-познавательной компетенции как умения управлять своей учебной деятельностью, направленность на создание личностного образовательного продукта, рефлексивная самооценка, социальное взаимодействие и сотрудничество всех субъектов учебной деятельности.

Основой и главным стержнем продуктивного языкового образования является самостоятельная учебная деятельность студентов и перенос акцента с управляющей роли преподавателя на самостоятельную, активную и ответственную позицию обучающегося [2]. Таким образом, самостоятельная учебная деятельность студентов становится важнейшим компонентом учебного процесса по иностранному языку.

ранному языку в медицинском университете, ведущим фактором личностного и профессионального становления. В связи с этим одной из приоритетных задач в обучении иностранному языку студентов-медиков является развитие самостоятельности и креативности обучающихся в процессе овладения языком как способности, обеспечивающей готовность к непрерывному языковому образованию и самообразованию в целях межкультурного и профессионального взаимодействия. Эффективное владение иностранным языком как средством, обеспечивающим специалисту-медику реализацию потребностей профессиональной и социально-культурной деятельности, предполагает, прежде всего, умение самостоятельно работать над изучением языка, поддерживать и постоянно пополнять свои знания и совершенствовать умения, развивать коммуникативную и информационную культуру.

Под самостоятельной учебной деятельностью понимается «вид познавательной деятельности, регулируемой и управляемой учащимся как субъектом данной деятельности и направленной на освоение предметных знаний и умений и культурно-исторического опыта» [1, с.14]. Выделение приоритета самостоятельности является реакцией на вызовы нового времени: преодоление понимания образования, прежде всего, как преподавания, а преподавания — как речи преподавателя в аудитории. Это воплощение идеи перехода от парадигмы обучения к парадигме учения.

Многие студенты, к сожалению, еще считают, что они должны получать знания от преподавателя в готовом виде на лекциях, семинарских или практических занятиях, забывая о том, что знания есть продукт работы человеческого сознания и имеют сугубо индивидуальный характер. Знания должны приобретаться не только в процессе обучения, но и в процессе учения, самостоятельной и исследовательской деятельности. Только в этом случае они приобретают личностный смысл и значимость, становятся достоянием студента.

Для достижения эффективности самостоятельной работы студентов необходимо выполнение ряда дидактических условий:

- 1) оптимальное сочетание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы, методика ее организации;
- 2) учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы, включающее разработку учебно-методических материалов, диа-

гностические, тренировочные и контрольные задания, а также использование Internet-ресурсов;

- 3) достаточная степень подготовленности студентов к самостоятельному труду, определенный уровень самодисциплины;
- 4) осуществление систематического контроля результатов;
- 5) внедрение новых образовательных технологий.

Использование образовательных технологий, ориентированных на продуктивную учебную деятельность, предполагает повышение познавательной активности, интереса к знаниям, развитие инициативы, творческую деятельность, создание интерактивной образовательной среды, сочетание самостоятельности и ответственности обучающегося как субъекта учебно-познавательной деятельности за процесс и результат изучения иностранного языка, что обеспечивает освоение предметного знания в процессе включения обучающихся в аутентичный социально-культурный контекст жизнедеятельности.

К основным типам продуктивных образовательных технологий относятся интерактивные технологии (симуляции, языковые, ролевые и деловые игры, дискуссии, дебаты, интервью, ситуационный анализ/case-study и другие) и проектно-исследовательские технологии, ориентированные на создание проекта как личностного образовательного продукта на основе автономии и креативности обучающегося.

Одним из путей интенсификации самостоятельной учебно-познавательной деятельности студентов, повышения ее качества является внедрение информационно-коммуникационных технологий, которые позволяют обеспечить свободный доступ обучающихся к образовательным ресурсам, дают возможность для поиска, отбора и извлечения из информационного потока необходимых знаний, а также для развития умений осуществлять оценку, обобщение и презентацию новой информации [3, с. 7]. Информационно-коммуникационные технологии обладают значительными возможностями интенсификации учебного процесса, позволяя наиболее полно реализовать принцип наглядности, осуществлять обучение с учетом индивидуальных особенностей студентов путем создания оптимального режима работы для каждого, делают процесс более привлекательным, информативным и результативным, обеспечивают автоматизированный контроль. На основе компьютерных технологий

можно создавать информационно-обучающую иноязычную среду, обеспечивающую не только формирование и развитие необходимых компетенций, но и способствующую развитию личности обучающегося, который в процессе самостоятельной учебной деятельности по овладению иностранным языком превращается из пассивного объекта воздействия преподавателя в активного участника образовательного процесса и принимает на себя ответственность за результаты обучения.

Таким образом, продуктивное иноязычное образование, направленное на создание личностного образовательного продукта и основанное на самостоятельной учебной деятельности и использовании информационно-коммуникационных технологий и электронного учебного контента позволяет повысить качество языковой подготовки студентов и дипломированных специалистов в сфере медицины, обеспечивает интеллектуальный самостоятельный творческий поиск, в процессе которого формируется личность нового типа, активная и целеустремленная, ориентированная на постоянное самообразование и развитие, восприятие и внедрение инноваций.

Литература

1. Коряковцева Н. Ф. Современная методика организации самостоятельной работы изучающих иностранный язык: Пособие для учителя. — М.: АРКТИ, 2002. — 81 с.
2. Соколова А.Ю. Самоопределение как основное средство обеспечения эффективности учебной деятельности на уроке иностранного языка // Иностранные языки в школе, 2005. — № 4. — С.20–23.
3. Сысоев П. В. Информатизация языкового образования: основные направления и перспективы / П. В. Сысоев// Иностранные языки в школе, 2012. — №12. — С.2–9.

М. М. Русакова, канд. филол. наук, доцент

Е. С. Глазырина, канд. пед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России, Челябинск,
Российская Федерация

НОМИНИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МАТЕРИАЛОВ

The authors analyze the examples of the names of dental drugs and materials, offer their brief typology, and also illustrate the nomination mechanism and borrowing of drug and material trade names in the dental and pharmaceutical discourse.

Key words: dental drugs and materials, nomination, borrowing, naming, pharmacy.

Ключевые слова: стоматология, лекарственные средства и материалы, номинирование, заимствования, нейминг, фармация.

Фармацевтическая лексика является универсальной по отношению ко всем медицинским сферам, она междисциплинарна, но одновременно имеет специфические структурные и семантические особенности, свойственные узкопрофессиональным медицинским понятиям. Предметом изучения стали типология названий стоматологических лекарственных препаратов и материалов, производимых современной фармацевтической промышленностью, а также словообразовательные элементы и лексемы, употребляемые при их номинировании.

Ассортимент лекарственных препаратов и материалов, применяемых в настоящее время в стоматологии, является обширным источником профессиональной информации для стоматологов и языковой информации для лингвистов.

Ниже рассматриваемые названия стоматологических средств и материалов можно отнести к примерам профессионального нейминга, особой области профессиональной деятельности, занимающейся подбором подходящего торгового наименования нового продукта, подчёркивающей его индивидуальность и привлекающей внимание потребителя, т.е. стоматолога, к предлагаемому товару [4, с. 132–133].

Как заявляют российские специалисты В. Л. Музыкант и Д. С. Скнарев «Всякое же слово является системой коммуникации, поскольку имеет: лексическое значение; эмоциональную и стилистическую окраску; историю (этимологию); структуру (морфологию); эстетику (внутреннюю ритмику, графичность, симметричность, благозвучность и т.п.). Следовательно, информация, которую оно несет в себе, выстраивается на нескольких уровнях: ментальном и эмоциональном, сознательном и подсознательном» [3, с. 63]. Анализ современных наименований стоматологических препаратов и материалов показал, что их также можно типологизировать по различным признакам: содержательной (семантической) составляющей, формальной (морфологической) структуре, этимологии или языковому источнику происхождения и др.

Как известно, при создании торговых наименований медицинских препаратов и материалов в большей степени употребляются частотные отрезки греко-латинского происхождения. Кроме того, прослеживается тенденция использования заимствованных в русский язык из других языков лексем и словообразовательных элементов (чаще из английского языка) или включения (комбинирования) разноязыковых элементов.

При рассмотрении иерархической структуры стоматологического микрополя «*лечебная деятельность*», которая включает обширную терминологическую периферийную область, выявлены тематические терминогруппы: стоматологические лекарственные средства и специальные стоматологические материалы. Терминогруппа «*стоматологические лекарственные средства*» включает препараты из разных фармакологических групп: анальгетики, местные анестетики, витамины, антибиотики и антибактериальные, противовоспалительные, и др. А тематическая группа «*специальные стоматологические материалы*» представлена материалами для пломбирования кариозных полостей, пломбирования каналов корней зубов, лечебными подкладочными материалами, герметиками, самоклеящимися стоматологическими пленками, материалами для расширения корневых каналов зубов и для профилактики осложнений после сложных удалений зубов.

Представленная ниже типология дает лишь краткое представление о том, что лексема или словообразовательный элемент греко-

латинского происхождения номинируют специфическое свойство, характеристику стоматологического препарата или материала, указывающие на:

1) *анатомические структуры и органы полости рта:*

Стоматидин (Stomatidin®) (от греч. *stoma* «рот») — антисептический препарат, применяемый при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта и глотки — стоматите, гингивите, кровоточивости десен, фарингите и др.; **Фиссурит (Fissurit)** (от лат. *fissura* «щель, трещина») — светоотверждаемый герметик, используемый для запечатывания фиссур, т.е. углублений, которые находятся на всех зубах, кроме резцов и клыков, создания защиты для цементных или пластмассовых пломб; **Апексдент (Apexdent)** (от лат. *apex* «верхушка, вершина, острое» + от лат. *dens* «зуб») — паста для перекрытия корневого канала в качестве пломбировочного материала, применяется при периодонтите, перфорации корня зуба; **Альвостаз-губка** (от лат. *alveolus* «желобок, выемка, лунка, ячейка») — гемостатическое и антисептическое средство для альвеол, применяемое для профилактики и лечения альвеолита и пародонтального абсцесса; **Пульпомиксин (Pulpromixine)** (от лат. *pulpa* «мякоть») — стоматологическая паста, применяемая для сохранения жизнеспособности пульпы, лечения острого пульпита, периодонтита; **Продент 36** (от лат. *dentinum* «дентин») — гель для травления твердых тканей зуба (эмали и дентина) предназначен перед пломбированием кариозных полостей зуба.

2) *химический состав стоматологического материала или средства:*

Флюоридин (Fluoridin) (от лат. *Fluorum* «фтор») — препарат для обнаружения пораженной кариесом области зуба и лечения ранних форм кариеса, в составе которого фторид натрия и кальций; **Алюмогель (Alumogel)** (от лат. *Aluminium* «алюминий») гемостатический гель, применяется при капиллярном кровотечении из десны, для лечения пришеечного кариеса, один их компонентов которого — алюминий хлористый; **Белайод** (от лат. *Iodum* «йод») — паста для антисептической обработки слизистой оболочки полости рта (стоматиты, гингивиты, пародонтит) и инфицированных корневых каналов, активным компонентом которой является йод.

По частоте употребления химического элемента в наименовании стоматологических средств и материалов первое место занимает **кальций** (от лат. *Calcium*), главный биохимический компонент тканей зуба. Например: **Кальцевит** — паста, содержащая высокодисперсную гидроокись кальция, применяется в качестве прокладки при лечении глубокого кариеса и обратимых форм пульпитов; **Кальцесил** — двухкомпонентный (паста-паста) рентгеноконтрастный кальцийсодержащий материал химического отверждения, способствует образованию вторичного дентинного слоя, восстановлению травмированной пульпы; **Дайкал** (Dycal) — стоматологический материал, применяется в качестве подкладочного слоя перед проведением реставраций зубных полостей с помощью композитов, в состав которого входит гидроксид кальция. Сюда отнесем и другие наименования современных препаратов: Кальраидент, Кальсепт, Кальсижект, Кальцелайт, Кальцидонт, Кальцикур, Кальцетат, Кальцимол, Кальципульпа, Кальципульпин, Эндокал, Септокальцин ультра.

3) названия растений:

Эвгенол (от лат. *Eugenia*) — вещество из эфирных масел, находящихся в составе надземных частей тропического кустарника Евгения из семейства Миртовые. В стоматологии используется под названием гвоздичного масла; **Хлорофиллипт (Chlorophylliptum)** — противомикробный препарат, который содержит смесь хлорофиллов, находящихся в листьях эвкалипта; применяют при стоматите и язвенно-некротическом гингивите; **Сальвин (Salvinum)** — препарат, получаемый из листьев шалфея лекарственного (от лат. *Salvia officinalis*), для лечения хронических воспалительных заболеваний полости рта (гингивит, пародонтит, стоматиты различной этиологии).

4) препараты из разных фармакологических групп греко-латинского происхождения и заимствованные:

Пародонтоцид® (от греч. *parodontium* «пародонт», который состоит из десны, периодонта, цемента и альвеолярных отростков + суффикс *цид/цид* «уничтожение чего-либо») — средство, которое быстро устраняет симптомы воспаления полости рта, снижает уровень наддесневых отложений, устраняет кровоточивость десен.

Местные анестетики — это лекарственные средства, которые вызывают местную потерю болевой чувствительности. В их назва-

ниях присутствует суффикс *-cain/-каин*, (*местное обезболивание*): Бензо**каин**, Бупивака**ин**, Арти**каин**, Лидока**ин**, Пиромека**ин**, Мепивака**ин** и др.

Что касается заимствования наименований из английского в русский язык, то их отличительные характеристики легко узнаваемы по лексическим единицам, фонемным, морфемным, и синтаксическим структурам, что и иллюстрируют следующие примеры: **Шайни® (Shiny®)** (от англ. *shiny* «блестящий; яркий; наполненный светом») — стоматологическое противовоспалительное, противокариозное, освежающее, отбеливающее средство; **Бейслайн (BaseLine)** (от англ. *baseline* «базовая линия, основание») — прокладочный материал, используется также для цементирования коронок, временного пломбирования; **Абсцесс Ремеди (Abscess Remedy)** (от лат. *abscessus* «нарыв, гнойник» + от англ. *remedy* «средство от болезни») — рентгеноконтрастный препарат, обладающий бактерицидным и антисептическим действием, применяемый для лечения инфицированного кариеса, асептического некроза пульпы и в качестве временного пломбирования для дезинфекции корневых каналов. Выявлены и другие наименования средств, морфемы или лексемы которых указывают на их специфические характеристики и функции применения: препарат для дезинфекции КуикДез (QuickDes), светоотверждаемый адгезив V поколения Ван-Степ (One-Step), светоотверждаемая прокладка для композитных реставраций Тайм Лайн (Time Line), шприц Эстелайт Сигма Квик (Estelite S quick), самопротравливающийся адгезив Эстелайт Бонд Форс (Estelite Bond Force) Лайф (Life Kerr), композит Гармонайз (Harmonize), пластырь Snow White™, порошок Аэр-Клинз (Air-Cleans), порошок Air-Flow и др. Отметим, что в наименования **герметиков (силантов)** включены английские лексические единицы, указывающие на функцию материалов: 1) *seal* «изоляция, герметик» и 2) *fill* «пломбировать»: Фиссил (Fisseal®); Эндофил (Endo-Fill), Helioseal, Estiseal, Durafill, Ultra-Seal, Apollo Seal, Restomer-Fill и др.

Таким образом, небольшое количество примеров наименований стоматологических препаратов и материалов иллюстрирует механизм номинации и заимствования в русскоязычное стоматологическое терминополье. Греко-латинские термины и терминопольные элементы представляют анатомические, клинические и фармацевтические

понятия в стоматологическом наименовании. А внедрение англоязычных элементов и лексем, объясняемое расширением научно-экономических связей, интеграцией социумов, способствует заимствованию групп слов из языка-донора (английского) и ассимиляцию их в различных языках [1, с. 37]. При этом «чужеземный облик» большинства заимствованных наименований сохраняется из-за подчинения экономическим законам, а не законам языка-реципиента и функционирования в таком облике во многих языках в соответствии с правилами рекламирования [2, с. 99]. Тем не менее, стоматологи, фармацевты и представители фармацевтических компаний, студенты-стоматологи, опираясь на знания латинского и иностранного (английского) языков, могут идентифицировать и декодировать профессиональные конститuenty в наименованиях фармацевтических препаратов и материалов. Такая целевая аудитория готова воспринимать информацию с медицинской терминологией, обусловленную появлением новых товаров, достижений, предложений [5, с. 1093].

Литература

1. Малюга Е. Н. Лингвокультурная специфика профессионального англоязычного экономического дискурса // Научный вестник Воронежского государственного архитектурно-строительного университета, 2014. — № 2 (22). — С. 33–40.
2. Маринова Е. В. Иноязычная лексика современного русского языка: учеб. пособие / Е. В. Маринова. — Москва: Флинта; Наука, 2012. — 296 с.
3. Музыкант В. Л. Эффективный копирайтинг в системе бренд-коммуникаций (онлайн и оффлайн среда): монография / В.Л. Музыкант, Д. С. Скнарев. Москва, Берлин: Директ-Медиа, 2019. 270 с.
4. Русакова М. М. Лексико-семантические поля терминосистемы «Стоматология / Dentistry» в сравнительно-сопоставительном аспекте (на материале профессиональных медицинских дискурсов русского и английского языков): дис. канд. филол. наук / М. Русакова. — Рос. ун-т дружбы народов. — Москва, 2017. — 200 с.
5. Скнарев, Д. С. Терминология как средство создания образа в медицинском рекламном дискурсе (на материале рекламы стоматологической деятельности) / Д. С. Скнарев, М.М. Русакова // Фундаментальные исследования. — № 6. — Ч.5, 2014. — С. 1088–1095.

О. И. Сахнова, преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПИСЬМЕННЫЙ ПЕРЕВОД КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ИНОЯЗЫЧНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The article deals with the issue of teaching translation from English into Russian to students of the Medical University. The practice of translation is discussed in the context of development of foreign language competence in students, and in particular that of informational competence. The author suggests an original step-by-step approach to translation teaching as well as translation techniques specifically developed based on her own teaching and translation experience.

Key words: English-to-Russian translation, translation techniques, translation steps, informational competence, conceptual text model.

Ключевые слова: письменный перевод с английского языка на русский язык, приемы перевода, этапы перевода, информационная компетенция, концептуальная модель текста.

Процесс профессиональной подготовки специалистов системы здравоохранения, то есть врачей и фармацевтов, предполагает постоянное изучение и анализ старых и новых научных текстов, а именно, статей, диссертаций, трактатов, пособий, как в сфере общей медицины, так и в узкопрофессиональной области. При этом вряд ли можно себе представить успешную деятельность студента и/или аспиранта медицинского вуза как по подготовке к семинарским занятиям или к зачетам и экзаменам, так и по написанию многочисленных рефератов, презентаций и, наконец, дипломной работы и диссертации без изучения, анализа и даже переводного цитирования научных работ на иностранном языке, которым в подавляющем большинстве случаев является английский язык. В этой связи обучение письменному переводу англоязычных научных текстов медицинской тематики на русский язык приобретает особую значимость, поскольку позволяет сформировать очень важную в условиях современного информационного бума информационную компетенцию, обеспечивающую будущему медицинскому специалисту готовность

ориентироваться в усиливающемся информационном потоке и способность к отбору, обработке, хранению, а также рефлексии информации [2, с. 236].

Согласно современному подходу к понятию перевода, перевод с иностранного языка должен представляться как высоко творческая познавательная деятельность по созданию нового авторского текста на родном языке, соответствующего по смыслу исходному тексту и имеющего свою целостную структуру [1, с. 83].

С другой стороны, такое понимание перевода должно лечь в основу формулировки цели и задач этого вида учебной деятельности для студентов, что действительно важно, поскольку формирование навыка, лежащее в основе формирования компетенции, может быть успешным, только если этот процесс целенаправлен, то есть основан на четком определении и полном осознании его цели и задач.

Следует отметить, что цель, к достижению которой следует направить студентов, будет всегда одна — создание целостного русскоязычного текста со смысловым содержанием, не искажающим смысла исходного англоязычного текста. Задачи будут разными и будут зависеть, в основном, от отрабатываемого приема, который, в свою очередь, будет обусловлен языковой структурой исходного текста. Они должны быть очень четко сформулированы на доступном для студентов языке с учетом того, что, в отличие от преподавателя, студенты первого курса медицинского университета не специалисты-филологи и имеют далеко не богатый языковой опыт даже в своей научно-медицинской области.

Переводческий и преподавательский опыт позволил нам провести профессиональный анализ процесса письменного перевода, который привел к выводу о том, что данный процесс следует разделить на три этапа: подготовительный, процессуальный и финишный.

Подготовительный этап включает приемы, направленные на определение темы текста, его основного терминологического, лексического и грамматического содержания, а также стилистической направленности. Среди таковых хотелось бы предложить:

1. Заголовочное прогнозирование. Быстрый, даже спонтанный, перевод заголовка либо хотя бы его наиболее понятной части или при невозможности собственно перевода заголовка (например, в ситуации, когда в заголовке используется многозначность

слова или редкое сленговое значение слова) формирование мыслительного концепта заголовка и затем прогнозирование, определение темы исходного текста.

2. **Тезауризация.** Подбор текстов той же тематики и стилистической направленности для ознакомления с необходимым тематическим тезаурусом в русском языке.
3. **Ознакомление.** Просмотровое чтение исходного англоязычного текста с целью создания его смысловой модели, а также осознания использованных синтаксических структур и доли незнакомых слов.

Процессуальный этап затрагивает сам процесс перевода. Приемы, применяемые в процессе перевода, широко представлены в научной и учебной литературе по теории и практике переводческой деятельности. В частности, детально разработанная классификация и подробное описание приемов предложена в Методических указаниях к практическому курсу профессионально-ориентированного перевода для студентов, обучающихся по программе «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации», составленных О. А. Юдиной и Н. Г. Надеждиной [3].

Вышеприведенная классификация приемов письменного перевода представляет собой классический подход. Тем не менее, нам кажется, что не лишним будет предложить еще несколько процессуальных приемов, подойдя к этому вопросу немного с другой стороны. Личный опыт работы со студентами над письменным переводом с английского языка на русский показал, что для слабых студентов эффективным приемом перевода является перевод, начиная с грамматического ядра предложения, т.е. с подлежащего и сказуемого, с дальнейшим переходом на определения подлежащего, если таковые имеются, и затем на дополнения сказуемого и в последнюю очередь на обстоятельства. Еще один полезный прием, пожалуй, — это перевод слова с помощью словообразования. Поскольку письменный перевод осуществляется студентами с помощью предоставляемых им книг-словарей, в которых не всегда можно найти слово в том виде, в котором оно дано в исходном тексте, студентам, в таком случае, предлагается, исходя из понимания/знания перевода корня слова и значения словообразовательной единицы, образовать соответствующее слово в русском языке с использованием необхо-

димых словообразовательных единиц русского языка. И третий прием, на который следует обратить внимание студентов, представляет собой поиск в словаре перевода словосочетания целиком, а не отдельных составляющих его слов. Это особенно важно, когда получившееся в результате пословного перевода русское словосочетание совершенно не вписывается в контекст либо вообще не имеет смысла, несмотря на то, что смысл отдельных слов совершенно ясен и эти слова переведены верно.

Хотя процессуальная часть перевода самая затратная по времени и трудоемкая, студентов следует предостеречь от отказа от выполнения заключительной части, а именно окончательной вычитки созданного в результате перевода русскоязычного текста. Приемы финишной вычитки можно, по сути, подразделить на прием чтения вслух и чтения про себя (то есть полного мысленного проговаривания текста). Здесь важно объяснить студентам, на что следует обращать внимание, что часто ускользает в процессе перевода. Конечно, ошибки на грамматическое согласование слов в русском языке встречаются часто, но, если студент не игнорирует финишную вычитку, то такие ошибки, как правило, легко им исправляются. Однако есть три вещи, которые требуют особого внимания при финишной вычитке, так как обусловлены спецификой языков.

Во-первых, это — тема-рематическое деление в предложении. Английский и русский языки отличаются месторасположением темы и ремы в предложении, а нефиксированный порядок слов в русском языке часто приводит к некоторой неадекватности или коммуникативной неравноценности текста перевода из-за калькирования расположения темы и ремы с английского языка в русский. Тематические элементы, которыми чаще всего являются дополнения и обстоятельства, смещаются к началу предложения в русском языке, тогда как в английском языке фиксированный синтаксический порядок слов в предложении, наоборот, чаще всего не допускает этого. (Например, для сравнения: *Encephalomyelitis* may occur. — Может наблюдаться энцефаломиелит.)

Во-вторых, адекватность перевода видо-временных форм глагола. Принято считать, что в русском языке всего три времени (настоящее, прошедшее и будущее), а в английском таковых шестнадцать, так как к трем известным добавляется еще так называемое будущее-

в-прошедшем, а также по четыре разновидности на каждое, простое, продолженное, перфектное и перфектно-продолженное. Однако следует помнить, что и в русском языке существует совершенный и несовершенный вид глагола, а остальные несоответствия вполне успешно разрешаются за счет лексики с использованием приема добавления. Для наглядности сравним верный и неверный перевод следующего предложения.

The patient being wheeled to the operating room, the preparation for the operation began.

Неверно: *Когда пациента привезли в операционную, началась подготовка к операции.*

Верно: *Подготовка к операции началась, когда пациента везли в операционную.*

В-третьих, стилистическая целостность текста перевода. При финишной вычитке проверяется, в частности, правильность перевода местоимения *you* (например, в текстах научного стиля в подавляющем большинстве случаев требуется перевод «вы», а не «ты»). Также следует отслеживать наличие вкраплений слов из разговорной речи в тексте научного стиля и неоднородность перевода одного и того же слова или неоднородность перевода однородных членов или частей сложного слова (например, для *hepatobiliary cancer* «печеночнобилиарный рак» вместо «гепатобилиарный рак»).

В заключении хотелось бы сказать, что освоение навыков письменного перевода текстов медицинской тематики студентами происходит по большей части стихийно, за счет практики перевода тренировочных текстов, при этом основные приемы перевода познаются студентами интуитивно. Такое положение дел, конечно, не способствует формированию соответствующей компетенции, о которой шла речь в начале. Поэтому, несмотря на то, что переводческая деятельность не входит в комплекс профессиональных знаний, умений и навыков специалиста медицинского профиля, мы считаем целесообразным ознакомить студентов с основными приемами перевода в целях повышения эффективности обучения и уровня компетентности будущего специалиста.

Литература

1. Алексеева Л. М. Методика обучения письменному переводу специального текста [Текст] / Л.М. Алексеева // Вестник Пермского уни-

- верситета. Российская и зарубежная филология. – Пермь, 2010. – Вып. 2(8). – С. 77-84.
2. Гусев Д. А. Основные иноязычные компетенции и особенности их формирования в дополнительном профессиональном образовании [Текст] / Д.А. Гусев, О.В. Флеров // Преподаватель XXI век, 2016. – №4. – С. 236-252.
 3. Переводческие трансформации и приемы перевода: методические указания к практическому курсу профессионально-ориентированного перевода для студентов, обучающихся по программе «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации» [Электронный ресурс] / ННГАСУ; сост. Н.Г. Надеждина, О.А. Юдина. – Нижний Новгород, 2015. – 30 с. – Режим доступа: <http://www.bibl.nngasu.ru/electronicresources/uch-metod/ling/858826.pdf> (дата обращения: 15.02.2019).

Г. И. Саянова, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ

The article deals with the problem of intercultural differences, the relationship of verbal and non-verbal means of communication with the value orientations of representatives of different peoples, as well as the significance of the formation of intercultural competence as the main condition for a fruitful dialogue of cultures.

Key words: intercultural communication, verbal and non-verbal means of communication intercultural competence, fruitful dialogue of cultures.

Ключевые слова: межкультурная коммуникация, вербальные и невербальные средства коммуникации, межкультурная компетенция, плодотворный диалог культур.

В условиях стремительного развития международных отношений на рынке труда возрастает потребность в компетентных специалистах. Основной составляющей личностной и профессиональной характеристик современного специалиста является формирование и развитие не только его профессиональной, но и иноязычной коммуникативной компетенции. Важным условием для успешного межкультурного общения является создание общего коммуникативно-прагматического пространства и налаживание диалога культур на межкультурном уровне.

Коммуникативная компетенция предполагает возможность продуктивного общения, взаимопонимания и сотрудничества на иностранном языке. Язык — это отличительная черта любого народа. Он связан с культурой, «он прорастает в нее, развивается в ней и выражает ее» [2, с. 9]. Культура народа влияет на мышление нации, моделирует его и фиксируется в языке. Поэтому будущий специалист должен владеть не только иностранным языком, но и располагать знаниями о культурных ценностях, выраженных в изучаемом им языке.

Взаимопонимание достигается путем формирования социокультурной компетенции, в состав которой входят социокультурные зна-

ния, культурная специфика речевого поведения носителей языка, модели поведения в иноязычной среде и совокупность отношений и качеств языковой личности. Социокультурный компонент обучения иностранному языку способствует включению обучающихся в диалог культур. Диалог культур — это, прежде всего социологический аспект, то есть осознание общности, приобщенности всех ко всем, зависимость одной культуры от другой. Это и социокультурный аспект, когда каждая сторона общения приобретает социокультурный статус субъекта, на чем и основано его речевое и неречевое поведение. Диалог культур — это аксиологический, ценностный аспект, ибо только осознание и понимание ценностей другой культуры обеспечивает взаимопонимание, основанное на взаимоуважении. Это и психологический аспект, который ведет к координации, к сотрудничеству, к со-деятельности, что возможно лишь при условии, когда предмет общения становится лично значимым для обеих сторон, что проявляется в личном контакте и в эмоциональном контакте (отношения сопереживания, эмпатии и т.п.) [3].

Овладение иностранным языком предполагает понимание ментальности носителей изучаемого языка и особенностей их коммуникативного поведения. Например, коммуникативное поведение англичан имеет такие особенности как немногословность, высокий уровень самоконтроля и большое значение письменного общения.

Представители Японии, Китая, Саудовской Аравии, Кореи немногословны, большое значение придают интонации, подтексту, символичности и метафоричности текста. От знания этой информации зависит успешность коммуникативного взаимодействия. Утвердительный ответ не всегда означает согласие. Вербальные и невербальные сообщения часто не соответствуют друг другу, и ориентация только на вербальные знаки может повлечь совершенно неверную интерпретацию сказанного.

Свойственное британцам и американцам стремление удерживать разговор в заранее предусмотренных границах, контролируемых с позиции рассудочности, не пользуется популярностью в России, где высоко ценится общительность, основанная на искреннем человеческом расположении и внимании к собеседнику. Естественность, являющаяся доминантой русскоязычного общения, определяет такие его черты, как однозначность, прямолинейность и эмоциональность [1].

Владение языком собеседника не всегда способно обеспечить полную степень взаимопонимания. Выработка адекватных сценариев поведения с учетом таких факторов как контекст, языковая картина мира, связанных с особенностями культуры коммуникантов, позволят комфортно и качественно осуществлять взаимодействие на международном уровне.

Межкультурная коммуникация — это коммуникация, при которой национально-культурные особенности собеседников выражаются вербально (посредством лексики, грамматических структур, высказываний) и невербально (с помощью жестов, мимики и т. д.), а также через стратегию общения (начало и конец разговора, проявление радости, упрека, мнения, сомнения, сожаления и т. д.). Поэтому при обучении межкультурной коммуникации надо учитывать языковые проблемы (например, обучение идиоматическим выражениям), прагматические (как поступать в конкретной ситуации общения), эстетические (что считают прекрасным или безобразным в иноязычной культуре), этические (моральные ценности в другой культуре). Мимика и жесты очень важны для отношения к носителям языка, к их культуре и образу жизни. Язык жестов не является универсальным, и часто символика жестов меняется от одной культуры к другой, в результате чего коммуникация нередко затрудняется.

Речевой этикет в каждой стране также имеет свои национальные особенности. Например, практически во всех европейских странах существует табу на вопросы, касающиеся источников существования и доходов собеседника.

Национальная психология и ее характер выявляются и познаются в языке и через язык. Каждое иностранное слово — это своеобразное отражение иностранной культуры, так как за каждым словом стоит обусловленное национальным сознанием представление о мире.

Речь и речевое поведение являются показателями способности человека использовать язык для передачи собственного отношения к миру, носителям языка, а также способом самовыражения и воздействия на собеседника. Коммуникация зависит не только от точности использования языковых и речевых средств для выражения мыслей, но и от способностей собеседника адекватно воспринять информацию. Таким образом, речевое общение представляет собой единый коммуникативно-когнитивный процесс, включенный в различные формы социо- и этнокультурной деятельности.

Основной целью обучения студентов медицинских специальностей иностранному языку является формирование у них межкультурной коммуникативной компетенции, то есть, способности и готовности осуществлять непосредственное (говорение, понимание на слух речи партнеров) и опосредованное общение (чтение и понимание иноязычной научной литературы, оформление корреспонденции и медицинской документации) на иностранном языке — а также умение адекватно пользоваться этими навыками в профессионально-деловой и социально-бытовой сферах с учетом ментальных и культурных различий разных народов. Умение студента преломлять культурные ценности в своем поведении помогает формированию его как квалифицированного специалиста-медика в сотрудничестве с представителями мирового сообщества. В процессе разыгрывания ситуаций, мини-спектаклей и других форм творческой деятельности создаются возможности для реального общения. Культурологический подход способствует развитию культурных ценностей и успешной интеграции будущих врачей в систему иноязычной культуры.

Интеграционные тенденции оказывают влияние на развитие английского языка. Развитие языка происходит в тесной связи с развитием культуры, общества и личности и определяется не только интралингвистическими, но и экстралингвистическими факторами. Языковая система получает реализацию в речи в виде множества вариантов. Например, выражение просьбы по оказанию какой-либо услуги возможно с помощью вариантов:

- a) Please, could you ...
- b) I would be grateful if you could ...
- c) I would appreciate if you could ... и т.д.

Произношение во многом зависит от социального статуса говорящего, социальной и экономической дифференциации общества. Медицинские термины по-разному звучат в британской и американской речи.

		Английский вариант	Американский вариант
ткань	tissue	[ˈtɪʃu]	[ˈtɪʃu:]
жгут	tourniquet	[ˈtuənɪkəɪ]	[ˈtə:mɪkɪt]
витамин	vitamin	[ˈvɪtə:mɪn]	[ˈvaɪtə:mɪn]

Для того чтобы научить обучающихся пониманию различий и развить их способности эффективного общения с носителями языка, чьи культурологические особенности отличаются от их собственных, необходимо использовать практический подход, взаимодействие с реальными представителями других языков и культур.

Приобщение студентов к национальным и мировым культурам, обучение их навыкам жизнедеятельности в многополярном и многонациональном мире может проходить в творческой гостиной, целью которой является совершенствование системы нравственного и поликультурного воспитания студентов, интенсификация кросскультурного взаимодействия, повышение интереса иностранных студентов к Республике Беларусь, ее истории, культуре, традициям и обычаям.

Таким образом, при установлении контактов с представителями различных культур важно внимательно относиться к национальным особенностям в процессе межкультурной коммуникации. Интегрированное обучение языку и культуре способствует межкультурному пониманию.

Литература

1. Кузьменкова Ю. Б. От традиций культуры к нормам речевого общения британцев, американцев и россиян. — М.: МАКС-Пресс, 2008.
2. Маслова В. А. Лингвокультурология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Маслова. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 208с.
3. Пассов Е. И. Метод диалога культур в построении новой системы иноязычного общения. Материалы Международного онлайн круглого стола «Межкультурная коммуникация и современные технологии иноязычного образования». — Минск, 2012.

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

Ю.И. Сорокин, канд. тех. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет,
Тверь, Российская Федерация

МЕТАЛИНГВИЗМ В ПРЕПОДАВАНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ: ЗА И ПРОТИВ

The article deals with one of the most controversial issues in the methodology of foreign language teaching — the use of the metalanguage. Metalanguage is a language for special purposes. Metalanguage of linguistics is a language used in the communication between linguists. The basis of any metalanguage is terminology. The article provides an analysis of a number of metalinguistic terms and identifies a range of problems associated with the use of the metalanguage. Each teacher reserves the right to choose a methodical direction — metalinguistic or antimetalinguistic. However, it is difficult and inappropriate to completely eliminate the metalanguage from the teaching process. A teacher should pay special attention to the choice of metalinguistic terms.

Key words: methods of foreign languages teaching, metalanguage of linguistics, meta-linguistic terms, metalinguism, antimetalinguism

Ключевые слова: методика преподавания иностранных языков, метаязык лингвистики, металингвистические термины, металингвизм, антиметалингвизм

Использование метаязыка в преподавании иностранных языков — вопрос сложный и весьма неоднозначный [4; 6].

Как известно, метаязык — это один из видов языка для специальных целей, имеющий следующие функции: служить средством общения между специалистами; обозначать и описывать узкоспециальные профессиональные понятия.

Под метаязыком лингвистики понимается язык «второго порядка», по отношению к которому естественный человеческий язык выступает как «язык — объект», то есть как предмет языковедческого исследования. Метаязык лингвистики — это язык, используемый для описания языка. Метаязык позволяет описать структуру

языка научными терминами. Основой любого метаязыка является терминология [5, с. 114]. Важная особенность металингвистической терминологии заключается в ее открытости, доступности и широком использовании. Элементы метаязыка лингвистики, в отличие от единиц других языков для специальных целей, используются не только в определенной профессиональной сфере.

Одна из особенностей метаязыка лингвистики является его национальная обусловленность. К сожалению, не существует единого метаязыка лингвистики. В разных лингвистических метаязыках присутствуют термины, называющие специфичные явления конкретных языков [1, с. 36]. Вся лингвистическая терминология может быть условно разделена на несколько групп, среди которых выделяются: 1) универсальные термины, которые в принципе могут быть применимы к описанию явлений самых различных языков; 2) уникальные, называющие явления, присутствующие только в определенном языке или группе (семье) языков [3, с. 23–28]. Из этого следует, что метаязык лингвистики индивидуален для каждого языка, который он описывает. Соответственно, метаязыковое общение не всегда будет успешным и эффективным, так как система понятий и выражающих их терминов, используемая в процессе коммуникации, то есть метаязыковые системы говорящего и слушающего, обучающего и обучаемого, могут не совпадать.

К тому же многие ученые отмечают тот факт, что метаязык лингвистики не является рационально организованной, семиотически безупречной системой [2, с. 2].

Таким образом, метаязык лингвистики — это особая разновидность языка для специальных целей, служащая для профессионального общения специалистов в процессе лингвистических исследований естественных языков.

Но стоит ли использовать метаязык лингвистики при обучении иностранному языку?

Приведем ряд причин, почему преподаватели широко используют метаязык в процессе обучения иностранным языкам.

- 1) Преподаватель-филолог владеет в совершенстве металингвистической терминологией, точно зная, что понимается под тем или иным термином.
- 2) Металингвистические термины облегчают объяснение языкового явления, его отработку и контроль. Преподавателю проще употре-

бить уже известный ему термин, не заботясь о том, что он в действительности выражает или отражает, чем придумывать, чем и как заменить этот термин для восприятия обучающимися.

- 3) Металингвистическое описание языка позволяет более четко и линейно представлять курс обучения языку в учебных программах, материалах курса и пособиях.
- 4) Способность говорить о языке может пополнить лингвистическими знаниями кругозор учащихся.
- 5) Металингвистические термины являются частью дискурса о преподавании и изучении языка. Неиспользование метаязыка в классе и на курсах преподавания может означать исключение из дискурсивного сообщества преподавания и изучения языка.
- 6) Студенты ожидают использования такого метаязыка. Скорее всего, они использовали его в своем предыдущем опыте изучения иностранного языка, и им это привычно. Отказ от использования метаязыка преподавателем может, по мнению студентов, указывать на недостаток знаний у учителя.

Традиционно в России методика преподавания языков всецело металингвистически ориентирована.

Однако, как отмечалось выше, метаязыки лингвистики разных языков специфичны. Стоит ли употреблять термины, называющие языковые явления, отсутствующие в изучаемом языке и незнакомые обучающимся? Вот некоторые аргументы против использования метаязыка:

1. Метаязык может запутать студентов. Разные преподаватели могут называть определенные грамматические явления по-разному, что особенно свойственно английской грамматике. Приведем лишь несколько примеров: *strong verbs – weak verbs, irregular – regular verbs; simple – indefinite; progressive – continuous; objective pronouns – objective case of pronouns.*
2. Чтобы использовать метаязык, учителя должны потратить значительное количество учебного времени на объяснение обучающимся самого метаязыка. Это пустая трата драгоценного учебного времени.
3. Часто используемые металингвистические термины могут сбивать учащихся с толку, а не помогать.

4. Говорить о языке — это не то же самое, что говорить на языке. Знание метаязыка не означает то, что вы можете свободно говорить на нем.
5. Часто метаязык используется учителями, чтобы показать, насколько хорошо они знают язык и сколько знаний они могут передать. Слова «супин», «герундий», «герундив» действительно оказывают весьма действенное влияние на впечатлительных обучающихся, указывая на принадлежность преподавателя к «высшему, благородному сословию» и его возможность передать все его имеющиеся знания, однако никак не позволяют обучающимся понять сущность этих явлений. Стоит помнить, что преподавание сегодня — это не передача знаний, а облегчение процесса усвоения знаний.

Вышеприведенные аргументы кажутся убедительными, и неудивительно, что все больше и больше учителей, преподавателей и авторов учебников все чаще становятся «антиметалингвистами».

Сложности, связанные с использованием метаязыка, сводятся к нескольким основным аспектам.

1. Неспецифичность универсальных терминов. Языковые явления английского языка именуются терминами, восходящими еще к античным грамматикам. Эти термины называют явления абстрактно, ссылаясь на историческое сходство языков, не отражая их фактическую сущность в английском языке. Например, определенный и неопределенный артикли (definite and indefinite articles). Абсолютно точно, что названия этих языковых явлений никоим образом не отражают их сущность. Определенность / неопределенность — лишь один из аспектов противопоставления этих элементов. А по остальным критериям эти явления вообще не находятся в оппозиции. Употребление неопределённого артикля, в отличие от определенного, обусловлено такими формальными характеристиками существительного, как число и исчисляемость.
2. Уникальность терминов. Многие металингвистические термины английского метаязыка называют явления, свойственные только английскому языку. С этим также может быть связана и проблема перевода терминов. У русскоязычных обучающихся возникают огромные сложности с пониманием таких терминов как

«настоящее завершённое» — Present Perfect или «будущее в прошлом» — Future-in-the-Past. Вводит в заблуждение и термин Simple «простое» в наименовании времен. Весьма сложным оказывается и сам термин «Время», особенно в русском переводе. Во-первых, в английском языке четко разделены металингвистический термин TENSE и слово TIME (PERIOD). Как известно, времен TIME (PERIOD) всего три — Настоящее, Прошедшее и Будущее. А грамматические времена в английском языке скорее нужно именовать Настоящее (то, что есть сейчас — Данность), Прошедшее — Предшествование и Будущее — Следование. В каждом грамматическом времени выделяются по 4 вида (аспекта), которые часто студентами тоже трактуются как времена. Именно из неправильного понимания термина Tense «Время» вытекает ошибочное представление обучающихся о наличии 24 времен в английском языке.

Тут же возникает вопрос о том, металингвистические термины какого языка стоит использовать в процессе обучения: родного для обучающихся или иностранного — преподаваемого. Нужно ли употреблять иноязычные термины, особенно имеющие точные эквиваленты в родном языке, например, «verb» вместо «глагол» и т. д.?

3. Отсутствие устойчивой терминологии в английской лингвистической традиции. В современных учебниках по теоретической грамматике английского языка, например, авторы абсолютно не различают такие явления, как герундий, причастие настоящего времени и отглагольное существительное, именуя всю эту группу термином «ing-forms». В связи с этим многие ученые отказываются от использования терминов «Participle I» и «Participle II», сохраняя единый термин «причастие» за формой причастия прошедшего времени [10, с. 401].

Еще одна особенность использования метаязыка связана с его употреблением в преподавании языка профессионального общения. Само понятие иностранного языка профессиональной коммуникации является гораздо более узким, чем иностранный язык. Определенные сферы его применения определенно накладывают отпечаток и на особенности метаязыка лингвистики, используемого в преподавании иностранного языка профессиональной коммуникации.

Необходимо также всегда помнить о важном отличии метаязыка лингвистики от других языков для специальных целей. Терминология языков для специальных целей ценна для говорящих сама по себе — она необходима для успешного осуществления профессиональной деятельности. Терминология метаязыка лингвистики необходима лишь опосредованно как вспомогательное средство достижения иных целей. Так, например, метатерминология латинского языка «I, II, III склонение существительных», «основа инфлекта» необходимы студентам медицинских ВУЗов лишь как средство изучения латинского языка, который им впоследствии будет необходим в профессиональной деятельности. Соответственно, необходимо четко отбирать метаязыковые термины в соответствии с целями обучения языку. Стоит ли вводить понятия четырех основ глагола в латинском языке, если в медицинском латинском словаре глагол представлен в другом виде? Так ли необходимо использовать понятия гласный, согласный и смешанный типы III склонения и изучать способы образования форм, если в медицинской терминологии эти типы представлены единичными примерами или совсем не представлены? Нужно ли объяснять обучающимся, как образуются причастия, если в профессиональном латинском языке используется довольно ограниченное количество причастий?

Учитывая вышеизложенные сложности использования метаязыка, каждый преподаватель оставляет за собой право выбора методического направления — металингвистическое или антиметалингвистическое. Однако полностью исключить метаязык из процесса преподавания сложно и нецелесообразно.

Придерживаясь «золотой середины», преподаватель должен внимательно относиться к отбору используемых терминов. Для принятия решения по выбору метатерминов преподаватель должен ответить на следующие вопросы:

- Знакомы ли эти термины обучающимся? Действительно, если явления родного языка описываются теми же самыми терминами и они знакомы, то почему бы не использовать эти же метатермины.
- Нужно ли тратить время на объяснение самих терминов? Или быстрее объяснить изучаемое явление простыми словами, пере-

давая его сущность и потратить больше времени на практическую отработку явления?

- Поможет ли использование этих терминов вашим учащимся понять само явление и лучше осознать, как работает изучаемый язык, и, как результат, поможет им лучше его использовать?
- Сэкономит ли вам использование этих терминов в дальнейшем время на объяснение других явлений языка?

Метаязык является настолько важной частью нашего дискурса, что, возможно, полное избавление от него создаст больше проблем в долгосрочной перспективе. Ученики-выпускники, заканчивающие «антиметалингвистические» курсы, могут оказаться в замешательстве, пытаясь участвовать в дискуссиях о языке и преподавании. Метаязык имеет свое место в преподавании иностранных языков. Однако необходимо более тщательно подходить к выбору метаязыковых единиц. В конечном счете, наша основная цель заключается в том, чтобы метаязык помог обучающимся — дал им понять то, как работает язык, и позволил лучше использовать уже имеющиеся у них языковые инструменты.

Литература

1. Гвишиани Н. Б. Язык научного общения (вопросы методологии): монография. – М.: Высшая школа, 1986.
2. Иванов А. В. Метаязык фонетики и метрики: автореф ... дисс. д-ра филол. наук. – М., 2006.
3. Слюсарёва Н. А. О типах терминов (на примере грамматики) // Вопросы языкознания, 1983. № 3. – С. 21–29.
4. Соколова А. Ю. Металингвизм в преподавании английского языка // Филологический аспект: международный научно-практический журнал. 2019. № 1 (45). – Нижний Новгород: Научно-издательский центр «Открытое знание». – С.101–111.
5. Якимова С. А. Системное изучение лингвистических терминов // Термин и слово: межвузовский сборник. – Горький: Изд-во ГГУ им. Н.И. Лобачевского, 1981. – С.114–120.
6. Borg Simon The use of grammatical terminology in the second language classroom: a qualitative study of teachers' practices and cognition // Applied Linguistics. – 20/1. – Oxford: Oxford University Press, 1999. – P. 95–126.

Е. Н. Степанова, канд. филол. наук, доцент

ЧУ ОО ВО Медицинский университет Реавиз, Самара,
Российская Федерация

ОБУЧЕНИЕ СРЕДСТВАМ СМЯГЧЕНИЯ ВЫСКАЗЫВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «РУССКИЙ ЯЗЫК КУЛЬТУРА РЕЧИ» СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

The article deals with the means of softening statements as a material for the formation of communicative competence of medical students. Variants of educational tasks are given, aspects of studying are presented and conditions of effective development of the named language means are listed. The importance of motivating students to study the means of softening statements is explained. The necessity of consideration of the phenomena of dysphemias and violations of the principles of politeness in professional medical speech is proved.

Key words: euphemism, softening statements, communicative competence, training of students, motivation.

Ключевые слова: эвфемизм, смягчение высказывания, коммуникативная компетентность, обучение студентов, мотивация.

Экономические, политические и социальные перемены в российском обществе и в мире, новый уровень развития медицинской науки, видоизменение и возрастание требований государства определяют в настоящее время основные задачи в подготовке конкурентоспособных, востребованных специалистов в сфере медицины. Главными характеристиками выпускника высшего учебного заведения являются его компетентность и способность быстро принимать решения в профессиональной сфере. При этом врач должен обладать не только прочными знаниями и демонстрировать профессиональные умения и навыки, но и владеть высокой культурой общения.

Известно, что профессия врача относится к числу лингвоактивных, поскольку предполагает в той или иной мере выраженное интенсивное и продолжительное общение с пациентами, их родственниками или представителями, медицинским персоналом. Коммуникативная компетентность врача не менее важна и в условиях коммерческой медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает

медицинские услуги, врачу же отводится ключевая роль в процессе продажи медицинской услуги. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача [4].

Названные условия объясняют неизменную актуальность дисциплины «Русский язык и культура речи» в программах подготовки специалистов медицинского профиля. Одним из показателей коммуникативной культуры специалиста является вежливость как обращение с людьми, учитывающее их потребности быть оценёнными и защищёнными, как соблюдение правил приличия, учтивость, тактичность. Названный показатель предполагает умение специалиста вуалировать пугающую пациента информацию, смягчать высказывания. Для реализации такого умения медицинский работник использует целый ряд языковых средств, в том числе эвфемизмы, грамматические формы вежливости (формы второго лица множественного числа глаголов и местоимений; транспонированное значение лица глагола (форма 1-го лица мн. числа вместо формы 2-го лица ед. числа)). В наших предыдущих исследованиях [3] уже была представлена комплексная характеристика средств смягчения высказывания, функционирующих в медицинском дискурсе, были выявлены и охарактеризованы способы смягчения высказываний медицинской речи, установлены частотность их употребления и функциональные возможности, определена стилистическая и социолингвистическая специфика языковых средств смягчения высказываний в медицинской речи.

Необходимо обучение студентов-медиков применению подобных языковых средств в процессе освоения дисциплины «Русский язык и культура речи». Будучи ограниченными рамками статьи, приведём в качестве примера некоторые формулировки заданий, предлагаемых к выполнению студентам: 1) найдите в данном высказывании эвфемизм, объясните, как вы его понимаете; 2) подберите к данным эвфемизмам синонимы, антонимы; 3) составьте предложения с эвфемизмами; 4) составьте как можно больше высказываний с использованием эвфемизмов; 5) составьте как можно больше высказываний с использованием ВВ-вежливого и соответствующих глаголов в форме 2 лица множественного числа; 6) перефразируйте предложения, заменяя выделенный эвфемизм прямым

наименованием; 6) перефразируйте предложения, заменяя ВЫ-вежливое на ТЫ; 7) перефразируйте предложения, заменяя ВЫ-вежливое на ТЫ и глаголы в форме 2 лица мн. числа на глаголы 2 лица ед. числа; 8) самостоятельно подберите примеры использования эвфемизмов в медицинской речи; 9) самостоятельно подберите примеры использования форм вежливости в речи врачей; 8) соотнесите эвфемизмы с их дефинициями; 9) дополните предложения подходящими эвфемизмами, объедините предложения в едином речевом высказывании; 10) составьте монологическое высказывание по определенной теме и с определенной коммуникативной задачей, обязательно включающее эвфемизмы; 11) составьте монологическое высказывание по конкретной теме, включающее грамматические формы смягчения высказывания. Большой интерес студентов вызывают задания, связанные с поиском примеров и установлением причин употребления средств смягчения высказываний в текстах научно-популярной и художественной литературы (медицинской тематики), текстах медицинской и фармацевтической рекламы, в речи медицинских работников.

Чтобы процесс освоения средств смягчения высказывания был более продуктивным, эвфемизмы и грамматические формы выражения вежливости необходимо изучать в социолингвистическом, в том числе и стилистическом, аспектах, демонстрируя студентам тесную связь между языком и обществом, между языком и медициной, приучая ориентироваться в социальных изменениях языка, особенно в профессиональной врачебной сфере. Не менее важным в процессе изучения средств смягчения высказываний оказывается и этический аспект, регулирующий моральное и нравственное обоснование применения какого-либо выражения. Помня о необходимости создания правильной атмосферы общения с пациентами, позволяющей не только поддерживать положительный эмоциональный фон, но и помогающей в проведении диагностических, лечебных, консультационных мероприятий, студенты должны уметь выбирать смягчающие языковые средства.

Конечно, коммуникативный навык применения смягчающих языковых средств не формируется одним лишь выполнением упражнений. Необходимо мотивировать обучающихся к познанию и освоению как базовых, общепринятых, так и новых коммуникативных

требований будущей профессии [5]. Напомним, что в результате последних изменений ФГОС дисциплина «Русский язык и культура речи» предлагается к изучению на 3 курсе медицинского университета (вместо 1 курса, согласно прежним образовательным стандартам), поэтому представляется весьма закономерной и ожидаемой реакция студентов, впервые увидевших в расписании начавшегося семестра название такого учебного предмета: «А зачем нам сейчас русский язык? Мы уже взрослые и умеем читать и писать». Поэтому важно раскрывать обучающимся сущность коммуникативной составляющей в работе любого врача и объяснять её необходимость в профессиональной деятельности, опираться на междисциплинарные связи, знакомя студентов с требованиями образовательного стандарта, предъявляемыми к выпускникам медицинского вуза (в части коммуникативной компетенции и прочих компетенций, так или иначе связанных с нею), напоминать о психологических и психических особенностях пациентов, а также о явлении ятрогении, которая может возникать не только в ответ на неверные врачебные манипуляции или «неправильное» лекарство, но и появиться в результате неосторожного, грубого, обидного высказывания со стороны специалиста. Кроме того, при изучении средств смягчения высказывания нужно говорить со студентами и о правовой ответственности врача за свои поступки и действия, в том числе об ответственности за речевые поступки (аспект юрислингвистики и лингвоюристики).

Необходимость мотивирования обучающихся к освоению средств смягчения высказываний косвенно связана ещё и с тем, что по мере приближения студентов к выпуску из медицинского вуза часто снижается их уровень эмпатии [1].

Учитывая современные подходы к организации учебного процесса, стоит выбирать активные методы обучения, которые позволяют обучающимся самостоятельно активно находить и перерабатывать учебную информацию, моделируют реальные условия будущей профессиональной деятельности. Основной целью становится активизация познавательного интереса и аналитических устремлений студента [2]. Наиболее органичными оказываются элементы деловых игр, работа с ситуационными коммуникативными задачами. Предпочтителен дискуссионный тип ведения занятий, на которых поощряется творческая активность студентов, обсуждается ре-

чевой материал, представленный не только в академических текстах (научно-популярных статьях и статьях публицистического характера, отрывках из художественных произведений, выписках из историй болезней и др.), но и в образцах устной речи врачей и речи врачей в сети Интернет (консультационные сайты, блоги и т.п.), проводится разбор конфликтных (с речевой точки зрения) ситуаций в клинической практике.

При ознакомлении обучающихся со средствами смягчения высказываний считаем также необходимым обсуждать и явления дисфемии, и факты нарушения принципов вежливости в речи, в том числе в профессиональной врачебной. С одной стороны, необходимость такой работы продиктована объективно существующей в настоящее время тенденцией в развитии языка не только к смягчению, вуалированию, эвфемизации речи, но и к её огрублению, к дисфемизации. Поэтому нужно учитывать ту речевую ситуацию в обществе, в которой находятся в настоящее время студенты как члены этого общества и в которую они будут «погружены» в своей будущей профессиональной деятельности. С другой стороны, любой языковой факт имеет множество граней, поэтому анализ дисфемизмов и «невежливых» речевых конструкций позволяет показать разнообразие и разноплановость языковых средств, проследить тенденции в развитии языка на современном этапе, определить причины конкретного речевого поведения. Также знакомство студентов с дисфемизмами и «невежливыми» оборотами преследует цель продемонстрировать допустимость таких средств в отдельных ситуациях медицинского общения. Например, обращение к пациенту на «ты» в критических или экстренных медицинских ситуациях, в которых данная грамматическая форма не расценивается как невежливая, напротив, позволяет выразить максимальную сопричастность, выражает совместное действие врача и пациента для достижения общей цели — выздоровления или улучшения/стабилизации состояния. Или общение с пациентом, возраст, социальный или образовательный статус которого не позволяет верно интерпретировать смягчённое, вуалированное высказывание из уст медицинского работника. В таком случае врач вынужден прибегнуть к синонимичным или прямым наименованиям и обозначениям для того, чтобы избежать коммуникативной неудачи и быть понятым паци-

ентом. Особое внимание при изучении средств смягчения высказываний уделяем обсуждению аспектов общения врачей с медицинским персоналом, а именно в системах «врач — средний медицинский персонал», «врач — младший медицинский персонал», прежде всего в официальных ситуациях.

Обучение студентов медицинского вуза названным специфическим пластам лексики и грамматики русского языка способствует дальнейшему развитию профессиональной коммуникативной компетенции.

Литература

1. Григорьева Е. Эксперт: эмпатия студентов медицинских вузов снижается к выпуску // Medvestnik.ru [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-empatiya-studentov-medicinskih-vuzov-snijaetsya-k-vypusku.html> (дата обращения 28.01.2019).
2. Драчук Л. А. Содействие формированию профессиональных компетенций у студентов медицинского ВУЗа в процессе преподавания естественнонаучных дисциплин [Текст] / Л.А. Драчук, Т.Н. Шамаева // Педиатрический вестник Южного Урала, 2015. — № 2. — С. 28–34.
3. Малыгина Е. Н. Средства смягчения высказывания в медицинской речи [Текст]: дисс. ... канд. филол. наук: 10.02.01: защищена 14.02.2008 г. / Малыгина Елена Николаевна; [Место защиты: ГОУВПО «Самарский государственный университет»]. — Самара, 2008. — 212 с.
4. Степанова Е. Н. Об одном языковом средстве реализации принципа вежливости как аспекта коммуникативной культуры медицинского работника // Межкультурная коммуникация: вопросы теории и практики / Материалы Международной научно-практической конференции (6-7 апреля 2011 г.) / В авторской редакции. — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011.
5. Чибисова О. В. Формирование межкультурной компетенции посредством обучения эвфемизмам // Научно-методический электронный журнал «Концепт», 2013. — Т. 3. — С. 396–400 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2013/53081.htm> (дата обращения 28.01.2019).

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

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

ИЗ ОПЫТА ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОМУ ЧТЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ

The article deals with some relevant issues of teaching students profession-oriented reading in the foreign language classroom, which is aimed at developing communication and reflection skills as well as critical and independent thinking. The author also considers the principles of selecting texts and vocabulary development, types of exercises for comprehending the main content and implicit information as well as assignments characteristic of the transition stage from reading to speaking. The suggested types of exercises are useful for developing speech skills and enhancing students' intellectual activity.

Key words: foreign language competence; authenticity; informative value; relevance; knowledge application; anticipation; reproductive and productive exercises.

Ключевые слова: иноязычная компетенция; аутентичность, информативность, релевантность; актуализация знаний; смысловая загадка, антиципация; репродуктивно-продуктивные упражнения.

В течение многих лет методисты в поисках оптимального вида чтения предлагали их различные варианты. Для нас наибольший интерес представляет концепция профессионально-ориентированного чтения, разработанная Т. С. Серовой, из которой следует, что чтение как вид коммуникативной деятельности связано непосредственно с восприятием и пониманием печатного текста, то есть, чтобы студенты могли читать литературу по своей специальности, они должны овладеть иноязычной компетенцией реального чтения. А это означает, что процесс чтения требует от студентов полной концентрации, усидчивости, осмысления прочитанного, выделения основной мысли, решения задач, поставленных перед ними до чтения текста.

В этой связи весьма актуальным для обучения профессионально-ориентированному чтению является тщательный отбор текстов, что требует необычайно кропотливой работы. Критерии отбора учебных

текстов строятся на основных принципах: аутентичность, информативность, релевантность, воспитательная ценность. При многообразии точек зрения на критерии отбора текстов для нас ясно одно: текст должен быть интересным, доступным, и не превышать одной страницы учебника, то есть иметь не более 2 тысяч печатных знаков.

Очень важно перед чтением ознакомить студентов с особой лексикой (фразеология, реалии, исторические аспекты и т.д.), предусмотреть количество незнакомых слов и грамматических явлений, их распределение в тексте, что значительно облегчит понимание аутентичных текстов и будет способствовать развитию навыков предвидения результата чтения. Чем лучше организован этап предчтения, тем легче студентам читать и достигать результативности. Предтекстовые стратегии должны быть нацелены на актуализацию предшествующих знаний студентов и создание мотивации к чтению (прочитай заглавие текста, что ты знаешь об этом, спроси товарища о его мнении). Главная цель этого этапа развитие смысловой догадки (антиципация). Этот прием нацелен, прежде всего, на проявление познавательной активности, которая позволяет предугадывать будущие события.

Этап «Lesen und Verstehen» это этап понимания текста, определение его главной мысли, формулирование основного содержания. Здесь уместны собственно текстовые упражнения, направленные на понимание не только основного содержания, но и скрытой информации (прочтите текст без словаря, установите достоверную информацию, чтобы выявить степень понимания прочитанного с помощью сформулированных утверждений, стоящих до текста; подчеркните ключевые слова и выпишите их, посмотрите незнакомые слова в словаре, сформулируйте предложения с ключевыми словами; установите, был ли ваш прогноз до чтения текста правильным).

Третий этап предполагает систематизацию полученной информации. Здесь уместны репродуктивные упражнения, целью которых является реконструкция текста, упражнения на снятие лексико-грамматических трудностей, расширение словаря, закрепление грамматических навыков (установите главную мысль абзаца для развития умений обобщать и строить логические рассуждения, делать выводы; передайте содержание абзаца в 2–3 предложениях, сформулируйте заглавие к каждому абзацу; восстановите логичес-

кую последовательность текста, соотносится ли информация из текста с твоим представлением об этом; поделите информацию на важную и неважную, запишите эту информацию; закончите предложения (с целью восстановить в памяти прочитанную информацию); передайте содержание текста, попытайтесь при этом определить цель автора).

И только на четвертом этапе предполагается переход от чтения к говорению. Здесь уместны как репродуктивно-продуктивные упражнения, так и продуктивные, ориентированные на активное использование новых речевых средств (обобщите прочитанное; сделайте выводы по тексту; выразите своё мнение; ответьте на вопросы, чем интересен или не интересен текст; спросите товарищей про их отношение к тексту). Это позволяет повысить мотивацию процесса обучения, развивать навыки говорения, стимулировать интеллектуальную деятельность студентов.

Таким образом, профессионально-ориентированное чтение способствует созданию у студентов умений в чтении как опосредованном общении (коммуникативная функция) и развитию у них самостоятельности мышления, рефлексии и критичности (когнитивная функция). Также в процессе восприятия информации формируются не только критические оценки, чувства и эмоции, но и создается основа для профессионально-ориентированного общения.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	5
АПЕНЧЕНКО Ю. С., ВИНОГРАДОВ А. Ф., ВЛАСОВА Д. С., ОРЕШЕНКОВА С. В. Коммуникативные навыки в практике врача-педиатра	7
БАРСУКОВА М. И., РАМАЗАНОВА А. Я., ЧЕРЕМИСИНА А. С. Коммуникативные барьеры в диаде врач – пациент	12
БУЛАНОВ В. В. Клятва Гиппократ в контексте современного медицинского дискурса	18
ВИНОГРАДОВА Е. В., КОЛЕСНИКОВА И. Ю. Отражение особенностей национального менталитета в медицинском дискурсе	22
ВОЛКОВА Е. В. Интернет-коммуникация как способ формирования профессионального имиджа медицинского сообщества	28
КОНОНОВА А. Г., КОЛБАСНИКОВ С. В., КУЗНЕЦОВ А. Г., БОМБИН А. М. Особенности коммуникативных отношений врач-больной в общей врачебной практике (семейной медицине)	35
КОРИЧКИНА Л. Н., ЗЕНИНА О. Ю. Дискурсивные умения и креативность преподавателя медицинского вуза	40
ПОТЕМКИНА Т. В. Профессиональная речь как объект исследования дискурсологии	46
ШЕХОВЦОВ В. П., ШЕХАБ Л. Х. Калгари-Кембриджская модель клинического общения в развитии коммуникативных навыков врача	50
2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС ГЛАЗАМИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ	55
АВРАСИНА Л. А. Нарушение коммуникационных способностей у детей с периферическими парезами	57
АЛЕКСЕЕВ Р. К., ЧИЧАНОВСКАЯ Л. В., ДАДАБАЕВ В. К. Особенности взаимодействия врача с пациентом, имеющим очаговую неврологическую симптоматику при черепно-мозговой травме	62
БАРАНОВА Н. П., КУРИЦЫНА И. Ю. Специфика коммуникации врача-терапевта при вызове на дом	70
ЗАХАРОВА Ю. В., КУЗЬМИН В. Б. Особенности коммуникации в системе “врач-пациент” в контексте оказания скорой медицинской помощи	75
КОРОЛЕНКО М. К., ЖУКОВА А. Ю., СОРОКИН Ю.И. Современные аспекты пациентоориентированности в практической медицине	79

МАКСИМОВ Д. А., АСЕЕВ А. В., СУЛЕЙМАНОВА О. О. Проблемы понимания и интерпретации информации пациентками с диагностированным раком молочной железы в зависимости от социального статуса	85
МАКСИМОВ Д. А., АСЕЕВ А. В., СУЛЕЙМАНОВА О. О., ГРАБЕЛЬНИКОВА Е.А. Особенности медицинской коммуникации в системе «пациент – пациент с диагнозом рак молочной железы» на примере равных консультантов	91
МАСЮКОВ С. А., ВИНОГРАДОВА Е. В. Коммуникативная тактика ведения пациентов с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата ..	95
ПОСЕЛЮГИНА О. Б., КАРАЕВА Е. В., СОЛОВЬЕВА А. В., КОРИЧКИНА Л. Н., АЛЬ-ГАЛЬБАН Л. Н. Анальгетическая нефропатия: Беседа с больным – основа постановки диагноза	102
СМИРНОВА Л. Е., ЯКОВЛЕВА М. В., АЛЕКСЕЕВ Д. В. Комплаентность больных артериальной гипертензией и способы ее улучшения	106
3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	113
БАШИЛОВ Р. Н., БАШИЛОВА С. М. Значение доверия между врачом и пациентом в проекции правила добровольного информированного согласия	115
БЕРЕЗОВСКИЙ И. В., БЕРЕЗОВСКАЯ М. А., КРАСНЕНКОВ В. Л., БЕРЕЗОВСКИЙ А. И. Анализ причин жалоб и обращений граждан на качество оказания паллиативной медицинской помощи	121
БОГДАНОВА О. В., ГУСЬКОВА О. Н., РЕДНИКОВ А. А. Специфика общественных отношений и нравственно-ценностные противоречия в деятельности врача-патологоанатома	128
ВЛАДИМИРОВА С. Б. Коммуникативные стратегии и тактики выражения профессиональной солидарности в речи врачей-судмедэкспертов (на материале профессиональных интернет-сообществ)	134
DOBREVA A N., DOYKOVA I. TS. Expressing concern and compassion in hospital settings	140
ГРИГОРЬЕВА Д. Д., МИХЕЕВ М. И. Специфика профессиональной идентичности в медицинском дискурсе	147
КАТУНОВА В. В. Формирование конфликтологической компетентности будущего врача-педиатра	152
КУЛЕМЗИНА Т. В. К вопросу о психологии медицинского дискурса: взгляд с точки зрения восточной медицины	158

МАКСИМОВ Д. А., АСЕЕВ А. В., СУЛЕЙМАНОВА О. О. Социально-психологические аспекты методик хирургического лечения при раке молочной железы	164
МИЛЕХИН С. М., ДЕРБЕНЕВ Д. П., ЧИСТЯКОВА О. М. Ценностные ориентации молодых врачей как основа эффективной коммуникации в системе «врач – пациент»	169
ПАВЛОВА О.Д. Особенности коммуникации родителей, имеющих в структуре личности компонент родительского невроза, в системе «специалист (врач) – родитель – ребенок»	175
ПАСОВЕЦ Ю. М. Социально-демографические особенности самооценки городским населением состояния своего здоровья в современных российских условиях	182
ЧЕРНОВА И. В. Discourse in medical tourism	187
4. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА	195
АГАДЖАНЫН С. А. Особенности рекомендаций по ведению медицинских консультаций для врачей-носителей английского языка (на материале зарубежных учебных пособий)	197
АНДРЕЕВА Е. А. Учёт некоторых особенностей лексики английского языка при обучении профессиональному подъязыку медицины	202
АНТИПИНА О. В. Из опыта адаптации иностранных студентов к образовательному пространству медицинского вуза	206
БУСЬКО Е. В. Применение технологии «перевёрнутый класс» на занятиях английского языка в медицинском университете	213
ГАВРИЛЕНКО Н. Г., БЕЛЬДИЕВ С. Н., ПЛАТОНОВ Д. Ю., СОРОКОВИКОВА Т. В. О некоторых проблемах перевода англоязычных медицинских терминов на русский язык	218
GLAZYRINA E. S. Anticipation-aided reading of specific texts: tools for the skill development in medical students	223
ГОРДЕЕВА Л. К. Некоторые проблемы перевода медицинского термина в специальных текстах студентами медицинского вуза	229
КИБА О. А. Дискурсивная репрезентация биотехнологий и её смысловой потенциал в обучении профессиональному русскому языку	232
КОРНЕВА З. Ф. Пути формирования профессионально направленной инновационной деятельности преподавателя иностранного языка медицинского вуза	237

МАЛГАТАЕВА М. М. К вопросу об обучении коммуникации в сфере медицины	242
МЕНЖИНСКАЯ-ВОЙТОВА А. В. Использование современных педагогических технологий для развития иноязычной коммуникативной компетенции обучающихся в медицинских вузах	247
МИНАЕВА Ю. В. Развитие навыков диалогической речи на уроке иностранного языка в медицинском вузе	253
МЯСНИКОВА Т. С. Применение личностно-ориентированных технологий в обучении иностранному языку в медицинском вузе как один из факторов формирования профессиональной компетентности специалиста (на примере подготовки проекта «здоровый образ жизни – залог счастливого будущего»)	258
НАПРЕЕНКО Г. В., СДЕРЖИКОВА К. С. Мифологические образы в медицинской терминосистеме	264
ПЕТРОВА М. Н., МОЛОШ Н. К. Организация продуктивной учебной деятельности как фактор повышения эффективности овладения иностранным языком	270
РУСАКОВА М. М., ГЛАЗЫРИНА Е. С. Номинарование стоматологических лекарственных средств и материалов	275
САХНОВА О. И. Письменный перевод как средство формирования иноязычной компетенции студентов медицинского вуза	281
САЯНОВА Г. И. Культурологические аспекты изучения иностранного языка как составляющая межкультурной коммуникации	287
СОКОЛОВА А. Ю., СОРОКИН Ю.И. Металингвизм в преподавании иностранных языков: за и против	292
СТЕПАНОВА Е. Н. Обучение средствам смягчения высказывания в практике преподавания дисциплины «русский язык культура речи» студентам медицинского вуза	299
ШАРАНДА Г. И. Из опыта обучения иностранному профессионально-ориентированному чтению медицинских текстов	305

Научное издание

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:
вопросы теории и практики

Материалы
7-й Международной научно-практической
и образовательной конференции

11 апреля 2019 г.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета

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

Подписано в печать 13.06.2019 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 18,14. Уч.-изд. л. 14,2. Гарнитура *Остava*С.
Тираж 92 экз. Заказ 13.

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 978-5-8388-0197-5



9 785838 801975