



МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:

вопросы теории и практики

Материалы
8-й Международной научно-практической
и образовательной конференции

9 апреля 2020 года



Тверь 2020

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики

Материалы

8-й международной научно-практической
и образовательной конференции

9 апреля 2020 г.

Под общей редакцией Е. В. Виноградовой



Тверь

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета

2020

УДК 614.253

ББК 51.1

М 422

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

Рецензенты:

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

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

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы М 422 8-й междунар. науч.-практ. и образоват. конф., 9 апреля 2020 г. / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2020. — 225 с. — ISBN 978-5-8388-0211-8. — Текст: электронный : URL : www.repo.tvergma.ru

В издании представлены материалы 8-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 978-5-8388-0211-8

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2020

© Оформление. Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинского университета, 2020

Предисловие

Вопреки обстоятельствам мы продолжаем учить, лечить, исследовать.

8-я Международная научно-практическая и образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики», которая проходила 9 апреля 2020 года в Тверском государственном медицинском университете, явилась тому подтверждением. Задуманная в 2012 году как встреча единомышленников по проблемам коммуникации в системе «врач — пациент», конференция давно вышла за эти рамки, освещая широкий круг вопросов коммуникации в сфере медицины и фармации.

Работы участников конференции, представленные в сборнике, отражают интересы не только ученых-теоретиков, но и практикующих врачей, аспирантов, ординаторов. Статьи подготовлены на базе материала, собранного в повседневной практической деятельности, что, несомненно, повышает их значимость.

Организаторы конференции благодарят авторов, которые непосредственно приняли участие в работе научного мероприятия и представили для публикации свои оригинальные статьи.

Коллеги, если в сферу ваших интересов входят вопросы изучения теоретических и практических аспектов медицинского дискурса, приглашаем вас к дальнейшему сотрудничеству, плодотворным дискуссиям и ждем на нашей конференции в следующем году!

Оргкомитет



ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

УДК 614.254 + 614.253.8

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

З. Э. Кудашева, преподаватель

А. Я. Рамазанова, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава
России, Саратов, Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

Статья посвящена роли коммуникативной эффективности в профессиональном общении, ориентированном на результат. В статье представлены основные критерии коммуникативной эффективности словесного сообщения. На основе конкретных примеров анализируются условия, необходимые для адекватного восприятия информации пациентом, достижения коммуникативной цели врача и достижения намеченных результатов.

The article is concerned with the role of communicative effectiveness in a results-driven professional communication. The article presents the main criteria for the communicative effectiveness of a verbal message. Based on specific examples, the conditions necessary for an adequate perception of information by the patient, physician's communicative goal achievement and delivering on the intended outcomes are analyzed.

Ключевые слова: медицинский дискурс, профессиональная коммуникация, коммуникативная эффективность, речевые тактики, врач-пациент.

Key words: medical discourse, professional communication, communicative effectiveness, speech tactics, physician-patient.

Коммуникативная эффективность речи врача — необходимое качество любой коммуникации — заключается в достижении цели общения: о чем-то сообщить, что-то выяснить, установить доверительные отношения, доказать что-то, сформировать ход мыслей пациента. Если цель не достигнута, коммуникация фактически не состоялась и о ее эффективности речи идти не может [7]. Достижение цели коммуникации зависит в первую очередь от врача, который должен выстраивать свое коммуникативное поведение в соответствии с целью общения. Показателем такого поведения могут

быть удачно выбранные речевые тактики запроса конкретной информации, тактики объяснения, убеждения.

Использование нужных вспомогательных средств, точных формулировок снизит возможность непонимания [1, 2, 3]. Неправильное понимание дает неосознаваемое пациентом нарушение рекомендаций [6].

Использование дополнительных средств пояснения способно восполнить дефицит понимания. Переспросы, жесты, мимика в непосредственном общении устраняют недоразумения. Важно, чтобы врач контролировал процесс общения и при малейшем подозрении на неверное понимание мог использовать дополнительные речевые шаги.

Неподготовленность пациента к восприятию повышает риск общения и снижает эффективность специального разговора. Врач должен подготовить пациента не только к открытым манипуляциям [3], проявить эмпатию [5], но и настроить на адекватное понимание передаваемой информации, учитывая все вероятностные случаи разных значений слов и даже коннотаций.

Не менее значимым является употребление слов в их конвенциональных значениях в соответствии с нормами литературного языка и с учетом максим Грайса. Несоблюдение этих условий может быть неосознанным (но в таком случае врач, почувствовав неверный речевой шаг, исправит его, приложив дополнительные усилия) [1, 6] или намеренным [3] (врач не заботится об эффективности общения). В наших материалах есть диалог врача-терапевта с пациентом, в котором терапевт сразу приступает к обследованию, исключая фазы начала разговора и сбора анамнеза. Полагаем, что столь сдержанное речевое поведение может быть достаточным для вынесения диагноза и назначения лечения при определенных характеристиках пациента и особенностях приема, однако не может считаться нормой речевого поведения врача и скорее всего, приведут к возникновению трудностей в общении [2, 3]. Причины такого речевого поведения могут скрываться в общей утомленности, эмоциональном выгорании, что требует специального разговора и не входит в задачи нашего исследования.

Рассмотрим диалог, участники которого – врач-офтальмолог средних лет, пациента молодая девушка (консультативный прием в частной клинике, пациентка обратилась с жалобами на трихиаз).

П.: *Здравствуйте// Можно войти?//*

Вр. (сидит спиной к пациенту и что-то записывает, на слова пациента внешне никак не отреагировала, также осталась сидеть и записывать):*Здравствуйте// Проходите/ садитесь//*(указывает пальцем, куда сесть).

П. садится, ждет, пока врач допишет и обратит на неё внимание.

Вр., спустя минут пять, встает и без вопросов начинает проводить осмотр остроты зрения по таблице Сивцева, называя лишь те действия, которые необходимо совершить пациенту):*Закройте один глаз/ какая буква указана?* и т.д.

П. молча, без вопросов выполняет все требуемые врачом действия.

Вр., закончив оценку качества остроты зрения, просит пациента пройти в соседний кабинет, встает и сама направляется туда.

П. встает и следует за врачом.

Вр. садится за стол и начинает что-то записывать; закончив заполнять документы и обращаясь к пациенту: *Так/ у вас со зрением все в порядке//*

П.: *Я знаю/ что зрение у меня отличное//*

Вр.: *А с чем же вы пришли тогда?//*

П.: *Я думаю/ у меня выросла ресница в веко//*

Вр. с помощью лупы начинает рассматривать глаз пациента:*Давайте посмотрим//* (смотрит)*Я не увидела выросшей ресницы.*

П.: *А вы присмотритесь.*

Вр. повторно начинает осмотр:*Ах да/ действительно вижу//*

П.: *А вы можете ее сейчас удалить? Мне сказали, что можно и самому удалить с помощью пинцета/ но есть возможность занести инфекцию/ поэтому я и обратилась к вам//*

Вр.: *Сейчас я не смогу вам удалить с помощью пинцета// Тут необходимо хирургическое вмешательство//*

П. уверена, что не пойдет к хирургу, но продолжает вести диалог, чтобы посмотреть на дальнейший поворот событий, и обращается к врачу со словами: *И каковы мои дальнейшие действия?//*

В.: *Операции проводятся только в нашей другой клинике/ поэтому вам необходимо будет/ туда подъехать// Сейчас я позвоню вашему хирургу/ и уточню у него все детали//*(берет телефон и продолжает говорить) *сегодня выходной день/ конечно не хотелось бы тре-*

вожить доктора/ но ради вас позвоню//(далее телефонный разговор с хирургом в присутствии пациента, после которого обращается к пациенту). *Я договорилась с хирургом/ и он может вас принять во вторник, около 10// Вам необходимо будет подойти в нашу другую клинику/ я там тоже буду/ и смогу вас встретить и проводить/ / Вам удобно будет во вторник//?*

П: Не особо/ но я всё-таки смогу подстроить свои планы/ поэтому приду// А к кому мне обратиться/ войдя в клинику?

В: Вот и хорошо// Вам не нужно идти в регистратуру/ проведу вас мимо нее/ я вам продиктую свой номер телефона/ и вы позвоните сразу мне/ и я вас встречу//(диктует свой номер).

П.записывает номер телефона: Хорошо/ а какие документы необходимы?//

В: Никаких/ у нас же есть ваша карточка//

П: А какова стоимость этой процедуры?//

В: Как я уже и сказала/ необходимо перед операцией сдать анализы/ и плюс сама операция// В общей сложности выйдет около восьми тысяч/ но на всякий случай/ возьмите с собой десять//

П: Хорошо/ так и сделаю// Спасибо вам// До свидания//

В: До вторника/ жду вашего звонка//.

П. выходит из кабинета с полной уверенностью, что не поедет ни во вторник, ни в другой день.

Как видно из приведенного диалога, материально ориентированное речевое поведение врача, продиктованное желанием вовлечь пациента в дорогостоящую операцию, не оправданную с точки зрения анамнеза, не приводит ни к достижению цели обращения к врачу пациента, ни к целям врача. Отметим, что в личном, неофициальном общении потребители медицинских услуг нередко рассказывают о речевом поведении врача, ориентированном на получение материального вознаграждения, но в корпусе наших материалов, а не только записей, использованных для данной статьи, представленный диалог является единственным, в котором врач ведет себя подобным образом.

Еще одним фактором снижения эффективности общения можно считать содержательную неопределенность — показатель нарушения законов риторики. Материалы исследования наглядно показывают, что подобные коммуникативные недоразумения не всегда

связаны с недостаточной точностью речи врача, но зачастую бывают вызваны когнитивно-физиологическими особенностями состояния пациента. Безусловно, хороший врач должен учитывать возможности восприятия пациента и выстраивать линию коммуникативного поведения с их учетом [4]. В наших материалах есть примеры оптимально выстроенного коммуникативного поведения врача с пациентом преклонного возраста, иллюстрирующие гибкость реакций в соответствии с обратной связью (вербальной или невербальной).

К специфичным правилам достижения эффективности коммуникации можно отнести выбор ты- и Вы- форм общения, осторожное использование специальной лексики и терминов. Оставим рассмотрение реализации этих условий за рамками нашей статьи.

Приемлемость — интенция со стороны адресата (пациента). Речь врача должна соответствовать ожиданиям пациента, его апперцепционной базе, его фоновым знаниям, которые помогут внести эти знания в свою интерпретацию сказанного и достичь его понимания. Приемлемость предполагает готовность и способность пациента понять интенции врача, который должен заботиться о доступности и адекватности понимания, а также о значимости для пациента. Главное — достичь максимально эффективного взаимодействия, а в случае сомнения скорректировать речевую тактику и найти другие средства ее реализации.

В медицинском дискурсе крайне редко преодоление риска неэффективности общения зависит от адресанта, то есть от пациента. Однако в наших материалах зафиксированы подобные случаи: пациент становится партнером в процессе общения, берет на себя инициативу формирования стратегической линии общения. Проанализируем диалог, участники которого — врач кабинета доврачебного приема пожилого возраста, пациентка — девушка.

П. сидит в коридоре и ждет своей очереди. Дверь в кабинет врача открыта, и пациент слышит часть диалога врача с другим пациентом.

Вр. ведет себя очень директивно, голос громкий, чувствуется раздражение: *Как пишется ваша фамилия/ через е/ или через и?//*

П. что-то бормочет невнятное.

В: *О господи! Свою фамилию уже не знают/ сегодня все решили свести меня с ума//*

П. опять что-то бормочет и смеется.

Вр.: *На какое число вас записать на сдачу анализов?//*

П: *На девятое//*

Вр.: *Девятого у нас выходной// Это у вас все дни выходные// А мы работаем не покладая рук// У нас всего два выходных в году// 8 марта и день парижской коммуны// А 8 марта близко-близко/ расти-расти моя сосиска//*

П.: *Тогда 10//*

Вр.: *Хорошо/ пусть будет десятого//*

П: *До свидания//*

Вр. угукает.

П. послушав и проанализировав диалог врача и пациента, понимает, что врач устала от бесконечного потока пациентов. Собирается войти в кабинет врача с мыслями, что будет придерживаться доброжелательного тона, чтобы как-то улучшить настроение врача и добиться цели своего визита.

Вр. недоброжелательно, сурово:*Заходите/ кто там следующий//*

П. заходит в кабинет:*Добрый день!//*

Вр.: *Проходите — проходите//*

П. проходит и садится, кладет сумку на колени.

Вр. с недовольным видом: *Вон есть специальное место для сумок/ / Что вы ее туда не кладете?//*

П.: *Я просто не знала (встает и кладет сумку на кушетку). Благодарю вас/ так намного удобнее//*

Вр. записывает данные, параллельно задавая вопросы; тон врача уже более доброжелательный:*Какой рост/ вес?//*

П. спокойным тоном отвечает на все вопросы.

Вр.: *Какого числа вы хотите сдать анализы?*

П.: *В любой ближайший день//*

Вр.: *Можно будет завтра// Если завтра сдадите/ то получите анализы до выходных дней//*

П.: *Замечательно/ тогда завтра приду сдать// А где анализы получить?//*

Вр. доброжелательно, улыбаясь: *Придете в этот же кабинет/ и получите у меня же//*

П.: *Благодарю//*

Вр.: *Не за что деточка// Выздоровливай/ и не болей//*

П. улыбается:*Спасибо вамогромное// Хорошего завершения нелегкого трудового дня//*

Вр.: *Спасибо/ и вам доброго вечера//.*

Приведенный диалог очевидно демонстрирует работу пациента над формированием эмоционального состояния врача. Повторим, случай единственный в наших материалах. Однако справедливости ради следует сказать, что выбор речевого поведения пациента –намеренное действие, наглядно показывающее возможность достижения эффективности общения любой из сторон медицинского дискурса. Особенно действенными оказываются фразы благодарности (*Благодарю вас/ так намного удобнее//*), одобрения (*Замечательно*) и беспретензионности (*В любой ближайший день*), а фаза прощания лишь усиливает сформированное доброжелательное отношение.

Эффективность и научной, и научно-публицистической речи в современных условиях стала более уязвимой. Быстрое развитие науки, большая доступность знаний через сеть «Интернет», журналы, статьи, монографии, тоже доступные благодаря возможностям информационных технологий, приводят к дефициту научных знаний и физической невозможности объять необъятное. Частичная, односторонняя информация, часто искаженно или превратно понятая, подготовленность пациента, создают врачу дополнительные трудности общения, способствуют рискогенности. Для достижения эффективности коммуникации втаких ситуация врач вынужден применять спектр тактик, формирующих у пациента правильное отношение к болезни и своему поведению, — тактика объяснения, убеждения, формирования хода мыслей, создания долговременных планов.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что признаки эффективного общения, то есть качества хорошей речи, во много зависят от целей, условий и — что не менее важно — от типов пациентов в каждой конкретной ситуации медицинского дискурса.

Литература

1. Барсукова, М. И. Средства гармонизации речевого поведения в профессиональной деятельности врача. / М. И. Барсукова. — Текст : непосредственный // Проблемы речевой коммуникации / межвузовский сборник научных трудов. — Выпуск 17 / под ред. М. А.

- Кормилицыной, О. Б. Сиротининой. — Саратов : Саратовский университет, 2017. — С. 131-137.
2. Барсукова, М. И. Коммуникативные барьеры в диаде врач-пациент / М. И. Барсукова, А. Я. Рамазанова, А. С. Черемисина. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 7-й международной научно-практической конференции. — Тверь, 2019. — С. 12-17.
 3. Барсукова, М. И. Реализация речевых тактик утешения, сочувствия и поддержки в профессиональной коммуникации врача / М. А. Барсукова, Е. А. Ремпель. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 6-ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (14 апреля 2018 года). — Тверь, 2018. — С.7-13.
 4. Барсукова, М. И. Рискогенность общения врача и пациента: коммуникативный аспект // М. И. Барсукова, А. Я. Рамазанова, И. В. Шешнева. — Текст : непосредственный // Мир науки, культуры и образования. 2019. №3 (76). С. 486-487.
 5. Виноградова, Е. В. Эмпатия как коммуникативная врачебная компетенция/ Е. В. Виноградова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 6-ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (14 апреля 2018 года). — Тверь, 2018. — С.13-20.
 6. Набор речеповеденческих тактик врача-педиатра (на материале диагностической стратегии) / М. И. Барсукова, Н. А. Клоктунова, А. Я. Рамазанова [и др.]. — Текст : непосредственный // Высшее образование сегодня. — 2020. — № 4. — С. 42-47.
 7. Сиротинина, О. Б. Что мешает эффективности современной коммуникации? / О. Б. Сиротинина. — Текст : непосредственный // Экология языка и коммуникативная практика. — 2017. — №1. — С.25-37.

Е. В. Бусько, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПРАГМАЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Статья посвящена рассмотрению различных подходов к определению и изучению медицинской коммуникации. Автор исходит из социолингвистического понимания дискурса медицины как особой институциональной коммуникации и предлагает анализ системообразующих характеристик данной дискурсивной деятельности.

The article is devoted to the consideration of various approaches to the definition and study of medical communication. The author proceeds from a sociolinguistic understanding of the discourse of medicine as a special institutional communication and offers the analysis of the system-forming characteristics of this discursive activity.

Ключевые слова: медицинская коммуникация, дискурс медицины, институциональный дискурс, жанр, прагматика, врач, пациент.

Key words: medical discourse, communication, institutional discourse, genre, pragmatics, doctor, patient.

В последнее время проблемы изучения институционального дискурса находят отражение во все большем количестве исследований, что не удивительно, поскольку представители социальных институтов, выбирая определенный стиль и средства коммуникации, не только осуществляют соответствующее социальное взаимодействие, стремятся достигнуть понимания и согласия, но и формируют особую культуру общения с обществом. В свете данной проблемы особый интерес представляет выявление лингвопрагматической специфики медицинского дискурса, который, в отличие от судебного, политического, рекламного и иных видов институционального дискурса, редко выступал в качестве материала научного изыскания.

На сегодняшний день существует множество подходов к трактованию такого явления как профессиональный дискурс медицинских работников, и по причине многогранности феномена не существует его общепринятого определения.

Так Д.В. Казакова, исходя из традиционного понимания дискурса как речевой деятельности в совокупности с прагматическими, социокультурными и др. факторами, определяет медицинский дискурс как «один из социально ориентированных видов институционального дискурса, представляющий собой сложную когнитивно-коммуникативную систему, которая объединяет находящиеся в непрерывном взаимодействии языковые средства и экстралингвистические компоненты профессиональной коммуникации в сфере медицины» [4, с. 13].

Н.В. Гончаренко подходит к определению дискурса медицины с точки зрения его функциональной направленности и трактует данный феномен в качестве «особого вида институционального общения, предназначенного для медицинской коммуникации, диагностики заболевания, уточнения диагноза, позитивного эмотивного воздействия на пациента, принятия и обоснования выбранной методики лечения и выработки коллегиального согласия» [2, с. 4].

Убедительным можно признать и определение, предложенное на основании культурологического подхода В.Б. Куриленко, трактующее медицинский дискурс как «коммуникативно-речевой уровень реализации профессиональной культуры специалистов-медиков, структура и содержание которого определяются духовными ценностями и нормами профессионального сообщества, а также целями и задачами профессиональной деятельности его членов» [5].

На основании имеющихся трактовок представляется оправданным сформулировать универсальное социолингвистическое понимание медицинского дискурса, согласно которому данный феномен можно определить как конгломерат лингвистических и экстралингвистических конститuentов, характеризующихся определёнными прагматическими параметрами и функционирующих в сфере медицины. К медицинскому дискурсу можно отнести официальное и неофициальное общение с коллегами и младшим медицинским персоналом, лекции для студентов, ведение карточек пациентов, оформление больничных листов, справок и другой медицинской документации, общение с пациентом и его родственниками.

Подобная интерпретация позволяет выделить ряд характерных признаков медицинского дискурса, таких как традиционные участники и обстоятельства медицинской коммуникации, ценностные установки дискурса медицины, речевые стратегии и тактики, а также особое жанровое разнообразие.

К коммуникантам в данной социальной сфере следует отнести две основные группы: медицинский персонал и пациенты. Подчеркнем, что каждая из этих групп довольно неоднородна. Так, в первой из них существует определенная вертикальная и горизонтальная иерархия субъектов. Врачи могут различаться по направленности деятельности (например, учёный в области медицины, врач-эксперт, врач-практик), по профессиональной специализации (например, врач-терапевт и узкий специалист) и по уровню профессиональной подготовки (например, врач, студент, интерн, медсестра, санитар). Группа пациентов может быть представлена как собственно пациентами, так и их родственниками, а также широкой аудиторией субъектов, которые интересуются медицинскими вопросами.

При этом специфика институционального медицинского дискурса заключается в асимметрии общения врача и пациента, при которой в силу более высокого статусного положения и большей осведомленности врач занимает доминантную позицию в коммуникации. Однако помимо прототипной модели общения «врач-пациент», встречаются также и иные модели интеракций, например, «врач — врач» и «врач — медицинская сестра», где коммуникативный статус участников и властная дистанция могут варьироваться.

Обстоятельства медицинского общения отличаются значительным разнообразием и зависят от конкретной ситуации взаимодействия. Наиболее типичная для данной дискурсивной практики обстановка — лечебное учреждение, лаборатория, учебно-практическая кафедра, квартира пациента и т.д.

В этой связи и жанровая специфика медицинского дискурса достаточно вариативна. Традиционно выделяют такие жанры, как диагностирующая консультация, жалоба пациента, карта анамнеза, справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т.д.), медицинский консилиум, вербальное лечение, медицинская рекомендация, рецепт, медицинская справка (больничный лист), эпикриз [1, с. 8]. Особую разновидность представляет научный медицинский дискурс, включающий такие жанры, как монография, диссертация, статья, лекция, доклад и т.п. Продуктом научной медицинской дискурсивной деятельности являются собственно научные тексты, специфика которых состоит в логичности изложения, лаконичности стиля, точ-

ности представления, терминологической насыщенности, статистической аргументации, отсутствии экспрессивности. Как правило, это фиксация результатов, полученных в ходе научных исследований либо наблюдений за пациентами в процессе врачебной деятельности.

Поскольку основной ценностью медицинского дискурса признается здоровье пациента, то еще одним доминантным признаком, позволяющим дифференцировать медицинский дискурс на фоне других институциональных дискурсов, является специфическая коммуникативная макростратегия, а именно корректировка картины мира потенциального пациента с целью оказания помощи. В этой связи Н.Ю. Сидорова к основным стратегиям медицинского дискурса относит предваряющую, лечащую, рекомендующую, объясняющую и диагностирующую [6, с. 6]. Автор указывает и на наличие вспомогательных стратегий: прагматической, реализуемой посредством контактоустанавливающих тактик; диалоговой, связанной с контролирующими тактиками; риторической, представленной тактиками привлечения внимания.

При этом тональность общения между врачом и пациентом должна быть, с одной стороны, в меру официальной и дистанцированной, с другой, — доброжелательной, заинтересованной и симпатизирующей. По мнению В.В. Журы, врач обязан реализовывать «терапевтическое сотрудничество» с опорой на принцип уважения пациента, принцип гуманизма и правдивости [3, с. 23–25]. Поэтому коммуникации врача и пациента свойственны не только такие черты, как ритуализованность, интеллектуальность, терминологичность и асимметричность, но в то же время и диалогичность, персональность, психологичность, суггестивность, метафоричность, оценочность и определенная экспрессивность. Доминантной формой реализации речевых действий в медицинском дискурсе, безусловно, является вопросно-ответная форма. Но категоричность данной модели на практике смягчается посредством употребления экспрессивных единиц с оценочными семами, междометий, вольным употреблением терминологических элементов для содействия пониманию, использования приемов нерелективного слушания, перефразирования, резюмирования.

Таким образом, медицинский дискурс — это особый институциональный дискурс, предполагающий взаимодействие разностатус-

ных коммуникантов, объединенных глобальной стратегией коррективки здоровья, действующих в различных временно-пространственных условиях и реализующих синтез контрарных коммуникативных стратегий и тактик, направленных как на формальное оказание медицинской помощи, так и на установление доверительных отношений.

Литература

1. Бейлинсон, Л. С. Характеристики медико-педагогического дискурса : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филол. наук : 10.02.19 / Бейлинсон Любовь Семеновна ; Волгоград. гос. пед. ун-т. — Волгоград, 2001. — 22 с. — Текст : непосредственный.
2. Гончаренко, Н. В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филол. наук : 10.02.19 / Гончаренко Наталья Владимировна ; Волгоград. гос. пед. ун-т. — Волгоград, 2007. — 27 с. — Текст : непосредственный.
3. Жура, В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : дис. на соиск. уч. степ. д-ра филол. наук : 10.02.19 / Жура Виктория Валентиновна ; Волгоград. гос. пед. ун-т. — Волгоград, 2008. — 407 с. — Текст : непосредственный.
4. Казакова, Д. В. Категория комического в медицинском дискурсе : автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. филол. наук : 10.02.19 / Казакова Диана Владимировна ; Сибирск. фед. ун-т. — Кемерово, 2013. — 21 с. — Текст : непосредственный.
5. Куриленко, В. Б. Лингвотерапевтическая направленность как базовая категория медицинского дискурса / В.Б. Куриленко, М.А. Макарова, Л.Д. Логинова. — Текст : электронный // Современные научные исследования и инновации. — 2012. — № 1. — URL : <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431> (дата обращения: 27.02.2020).
6. Сидорова, Н. Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале немецкого языка) : автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. филол. наук : 10.02.04 / Сидорова Наталия Юрьевна ; Волгоград. гос. пед. ун-т. — Волгоград, 2008. — 22 с. — Текст : непосредственный.

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЯЗЫКОВОЙ ЛИЧНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В статье рассматриваются параметры, определяющие целостность структуры профессиональной языковой личности медицинского работника. Отмечается, что лингвокультурная составляющая является одним из приоритетных направлений ее формирования. В качестве признака высокой профессиональной языковой культуры рассматривается способность медика интегрировать лингвистический культурный багаж в общенациональный язык для достижения цели коммуникации.

The article considers the parameters determining the structure of a professional linguistic personality integrity of medical workers. It is noted that the linguocultural component is one of the priority directions of its formation. As a sign of a high professional language culture the ability of physicians to integrate their linguistic cultural baggage into a national language to achieve the goal of communication is considered.

Ключевые слова: профессиональная языковая личность, речевое поведение, тезаурус, коммуникативная компетенция.

Keywords: professional linguistic personality, speech behavior, thesaurus, communicative competence.

В современном обществе медицинская профессия занимает особое место и отличается от других профессиональных сфер большей интерактивной вовлеченностью в межличностное взаимодействие. Квалификация ее представителей оценивается неспециалистами не только по качеству оказываемой врачебной помощи, но и по общей и языковой культуре общения с пациентами и коллегами. Будучи неотъемлемой стороной оценки компетентности специалиста, лингвокультурная составляющая требует повышенного внимания и должна стать одним из приоритетных направлений процесса формирования профессиональной языковой личности медика.

Следует отметить, что при достаточной разработанности общей теории языковой личности, в вопросе рассмотрения профессиональ-

ной языковой личности существуют определенные лакуны. Они касаются вопросов предметной специфики и формирования в процессе личностного становления.

Чтобы выяснить основные параметры профессиональной языковой личности медицинского работника, необходимо обратиться к обобщенному понятию «языковая личность». Российский лингвист Ю. Н. Караулов определил его как совокупность способностей и характеристик человека, обуславливающих создание и восприятие им речевых произведений (текстов), различающихся степенью структурно-языковой сложности, глубиной и точностью отражения действительности, а также целевой направленностью [5, с.3]. Целостность структуры языковой личности оценивается по составляющим трех уровней:

1) вербально-семантического, включающего слова, грамматические, парадигматические, семантико-синтаксические, ассоциативные структуры, модели словосочетаний и предложений;

2) тезаурусного, отражающего картину мира, иерархию смыслов и духовных ценностей людей, говорящих на одном языке, и определяемых национально-культурными традициями;

3) мотивационно-прагматического, диктуемого коммуникативными потребностями и особенностями, вытекающими из целей и мотивов [4].

Как можно заключить из перечисленных уровневых признаков, языковая личность представляет собой сложный социокультурный портрет индивида, который формируется под воздействием множества факторов, таких как доминирующая культурно-образовательная политика в стране, ценностно-смысловые национальные, семейные, средовые и социальные ориентиры, идеологические парадигмы и установки. Находясь в сложном взаимодействии, названные факторы влияют на становление языковой личности, открывая ей горизонты или ограничивая перспективы ее развития. Однако, являясь индивидуальным динамическим психосоциальным конструктом, языковая личность может определять пути самосовершенствования вопреки воздействию средовых правил.

Формируясь в условиях актуальной социокультурной специфики, языковая личность отражает ее суть. В зависимости от совокупности средовых условий в ней в разной степени фиксируются пози-

тивные и негативные тенденции общественного бытия. Хотя речь идет о языковой личности как отдельном индивиде с воспроизводимыми только им социокультурными характеристиками, путем обобщения можно составить картину языковой дискурсивной культуры отдельных социальных и профессиональных групп. Поскольку эта многоаспектная проблема не может быть изложена в рамках одной статьи, остановимся лишь на вопросе становления профессиональной языковой личности медика в период обучения в вузе.

Логично утверждать, что основой становления профессиональной языковой личности служат уровни, образующие целостный конструкт «языковая личность».

Развитие профессиональной языковой личности медика во многом определяется функционально-прагматическими особенностями, существующими не только в рамках оказания медицинской помощи, но и при изложении научных и лечебных воззрений, а также при осуществлении просветительской работы. Каждая из названных форм медицинского дискурса имеет свои характеристики. Они строятся:

а) на уровне профессионального сознания, отражающего интеллектуально-практический и социальный опыт, а также нравственно-этические установки;

б) на вербально-семантическом уровне, включающем обширные системы и подсистемы специальных наименований: терминов, профессиональных обозначений и жаргонизмов, грамматические и стилистические структуры, типичные для подъязыка медицины.

В этот уровень необходимо включить и фоностилистический компонент. Эта, на наш взгляд, важнейшая составляющая коммуникации упускается из рассмотрения при характеристике и воспитании профессиональной языковой личности. Поскольку в практике общения медицинского работника преобладает устная форма, то фоностистика может играть определяющую роль при разворачивании диалога между врачом и пациентом, установлении взаимопонимания между ними или прекращении сотрудничества. Речь медика, выстроенная корректно с грамматической точки зрения, может быть не воспринята, превратно истолкована, если ее фонологическое оформление (расстановка акцентов, интонационный контур, тембральное оформление) отличается от параметров нейтрального стиля [2]. Более того, преднамеренное использование в речи фо-

ностилистических компонентов для воздействия на пациента может являться одной из характеристик профессиональной языковой личности. Это касается и общения с коллегами по профессии.

Следует отметить, что для языка медицинской профессии не существует определенных акустических и интонационных признаков, свойственных определенным типам реплик, высказываний, используемых в других профессиональных сообществах, как например, в судопроизводстве, массмедийном дискурсе. В основе фоностилистической вариативности профессиональной языковой личности медицинского работника лежат лишь характерологические особенности говорящего. Изменение интонационной структуры его высказываний в зависимости от передаваемых модальных и эмоциональных значений не может поддаваться регламентации и полностью зависит от общей и языковой культуры, транслируемой в профессиональную ситуацию.

Фонологическая составляющая речевых высказываний тесно связана с грамматической составляющей, которая основывается на правилах национального языка. При этом в профессиональной речи медика акцент делается на целесообразности использования того или иного грамматического явления в связи с задачами коммуникации, на его стилистической функции. Грамматика становится частью общей стилистики [6]. Из обширного арсенала грамматических средств сообразно коммуникативной цели выделяются грамматические и синтаксические образцы, речевые конструкции, которые позволяют выстроить диалог и добиться взаимопонимания с пациентом.

Единого репертуара языковых моделей и клише, реализуемых во всех коммуникативных ситуациях медицинского дискурса вне зависимости от специальности, не существует. Однако есть ключевые закономерности продуктивного инициирования, разворачивания, поддержания и завершения врачебной беседы. Они реализуются через различные типы вопросов, виды предложений, модальные конструкции, формы наклонения и обращения [1, 3]. В умении использовать комбинаторику грамматических конструкций проявляется языковая способность (компетенция) врача порождать высказывания, соответствующие контексту и достигающие цели коммуникации.

Следующим параметром оценки профессиональной языковой личности медика является его умение использовать обширный термино-

логический пласт в зависимости от коммуникативной ситуации: общения с пациентами или коллегами. Следует отметить, что владение медицинской терминологией и специальной лексикой не является само по себе показателем высокой профессиональной языковой культуры. Ее признаком может служить способность медицинского работника грамотно интегрировать лексику подъязыка медицины в общенациональный язык для достижения цели коммуникации — установления взаимопонимания с собеседником с соблюдением правил межличностных отношений и национально-культурной специфики. То есть, согласно Ю. Н. Караулову, оценивать профессиональную языковую личность следует по ее тезаурусному, лингво-когнитивному уровню развития, который обеспечивает индивидуальность выбора необходимых языковых средств, «...корни языковой личности лежат в тезаурусе» [4, с. 176], понимаемом в данном контексте в общем этимологическом значении «сокровищница, вся сумма накопленных знаний».

Основываясь на вышесказанном, можно заключить, что профессиональная языковая личность медицинского работника подразумевает наличие умения эффективно реализовать на практике профессиональные компетенции, основываясь на коммуникативных навыках, сформированных на базе интеллектуальных, социо-культурных и нравственно-этических качеств. Имея в основе своего становления общие лингво- и социокультурные компоненты, профессиональная языковая личность развивается поэтапно в особой среде, начальной ступенью которой является медицинское учебное заведение.

Проецируя параметры профессиональной языковой личности на компетенции, которые должны быть сформированы у студентов медицинского вуза в процессе обучения, можно утверждать, что они сопоставимы с составляющими интегративных компетенций, вырабатываемых при освоении большинства дисциплин, включенных в ООП. Неверно было бы выделять какую-то одну из них. Становление в профессии происходит на всех этапах обучения под влиянием особой средовой культуры, сохраняемой и поддерживаемой представителями научно-педагогического медицинского сообщества. То есть, профессиональная языковая личность развивается постепенно как целостность профессиональных, социо-культурных, нравственно-этических и интеллектуально-творческих качеств будущих медиков.

Литература

1. Барсукова, М. И. Способы поддержания вежливых отношений в системе профессионального общения «Врач–пациент» / М. И. Барсукова, Т. В. Кочеткова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции (14 апреля 2016 года). — Тверь, 2016. — С. 7-12.
2. Виноградова, Е. В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимодействие «Врач–пациент» / Е. В. Виноградова — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 2-й региональной научно-практической конференции (26 сентября 2013 года). — Тверь, 2014. — С. 21-27.
3. Виноградова, Е. В. Место и роль профессиональной лексики в структуре беседы «Врач–пациент» / Е. В. Виноградова. — Текст: непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции (14 апреля 2016 года). — Тверь, 2016. — С. 12-17.
4. Караулов, Ю. Н. Русский язык и языковая личность / Ю. Н. Караулов. — Москва: Наука, 1987. — 263 с. Текст: непосредственный.
5. Караулов, Ю. Н. Русская языковая личность и задачи ее изучения / Ю. Н. Караулов. — Текст: непосредственный // Язык и личность. — Москва: Наука, 1989. — Вступление. — С. 3–10.
6. *Пешковский, А. М.* Стилистическая грамматика / А. М. Пешковский / Литературная энциклопедия: Словарь литературных терминов: В 2-х томах — Москва; Ленинград: Л. Д. Френкель, 1925. Том 2. — С. 874-875.

О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент

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

Т. Т. Зенин, студент 5 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Статья посвящена специфике медицинского дискурса. Показано, что научно-популярный медицинский дискурс предназначен для широкого круга читателей, а письменный научный медицинский дискурс характеризуется строгим стилем научного изложения.

The article is devoted to the specifics of medical discourse. It is shown that the popular science medical discourse is intended for wide range of readers, and the written scientific medical discourse is characterized by a strict style of scientific presentation.

Ключевые слова: научный медицинский дискурс; научно-популярный медицинский дискурс; медицинские термины.

Key words: scientific medical discourse; popular science medical discourse; medical terms.

«Цель медицины — если можно — вылечить,
если нет — облегчить, но всегда — утешить»

Амбруаз Парэ

Общепризнано, что профессия врача является одной из наиболее лингвоактивных профессий. В литературе, как лингвистической, так и специальной медицинской, постоянно освещается большое значение общения врача с больным, исследуются технологии и приемы сознательного воздействия на пациента в лечебных целях. Об особой силе слова врача говорит народная мудрость: слово исцеляет, слово лечит.

Медицинский дискурс — это сфера профессионально-коммуникативного взаимодействия медицинских работников, поэтому он обладает такими признаками, как деонтологическая ориентированность, толерантность, персуазивность (от англ. persuade — убедить, склонить, уговорить) [5].

Медицинский дискурс направлен на оказание помощи больному человеку, врач в течение 10–15 минут разговора с больным и физикального осмотра обязан предположить диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить обследование и лечение [3], затем оценить эффект от назначенной терапии и проконтролировать выздоровление от недуга. При этом, главной задачей врача является правильное построения вербального дискурса с пациентом [2]. Доктор любой специальности должен вызывать доверие у больного, просто и доступно изъясняться, быть понятным.

К медицинскому дискурсу в современном мире проявляется возрастающий интерес. Увеличивается число медицинских публикаций, сайтов и форумов, наполненных медицинской терминологией и понятиями. Пациенты, заинтересованные в собственном здоровье, чаще обращаются за помощью к различным источникам, где пытаются найти ответы на насущные вопросы. Им не всегда бывает понятен специфический медицинский текст, при этом не всегда больные доверяют врачу, чаще это происходит из-за непонимания друг друга. Поэтому хочется остановиться на особенностях медицинского дискурса. Медицинский дискурс как письменный, так и вербальный, имеют свои особенности [1, 4].

Во-первых, медицинский дискурс — это медицинский текст, чаще специализированная медицинская публикация, которая рассказывает о заболевании, его диагностике, лечении, профилактике и т.д. При этом медицинская литература подразделяется на научно-популярную (для не сведущих в медицине) и научную (для специалистов в области медицины). Научно-популярная медицина охотно читается широким кругом читателей, различных возрастов и профессий. Научные медицинские тексты характеризуются строгим, однообразным, практически лишенным какой-либо экспрессивности стилем научного изложения с использованием терминологии и сокращений. Их целью является обмен опытом в медицинском мире и обнародование данных исследований определённых специалистов. Участниками научного медицинского дискурса являются специалисты, практикующие врачи, медицинские работники, студенты медицинских учреждений, а научно-популярного медицинского дискурса — врачи и пациенты.

Во-вторых, в научном и научно-популярном медицинском дискурсе выделяют речевые жанры: научная статья, монография, обзор, доклад, лекция. Все они направлены на оказание профессиональной медицинской помощи пациенту. К научно-популярному медицинскому дискурсу относят медицинские буклеты, статьи, обзоры, интервью с практикующими врачами в научно-популярных журналах по медицине, рассчитанные на широкую читательскую аудиторию, чтобы информировать пациента по вопросам профилактики, лечения заболеваний и сохранения здоровья.

В-третьих, медицинский дискурс имеет особый стиль изложения специальной медицинской терминологии и особую форму диалога с пациентом, где врач доступным языком объясняет ту или иную проблему, связанную со здоровьем больного. После чтения доступной медицинской литературы пациент становится активным участником дискурса на приеме у врача, у него появляется множество вопросов, на которые он хочет получить ответы из первых уст. Эта особенность медицинского дискурса с использованием чтения литературы и общения с врачом носит лингвотерапевтическую направленность и позволяет пациенту даже при серьезном заболевании верить в лечение и выздоровление [5, 6].

Таким образом, особенности медицинского дискурса включают два действующих лица, врача и пациента, представляют собой два вида, словесный и письменный, научный и научно-популярный, имеют несколько речевых жанров. В каждом случае медицинский дискурс направлен на принятие больным медицинской помощи непосредственно по заболеванию и понимание, что только врач, его знания, опыт и желание помочь помогут справиться с болезнью. Если после разговора с врачом больному стало лучше, это настоящий доктор, который выше всяких похвал владеет медицинским дискурсом.

Литература

1. Алексеева, Л. М. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л. М. Алексеева, С. Л. Мишланова. — Пермь: Изд. Пермского университета, 2002. — 200 с. — ISBN 5-8241-0302-X. — Текст : непосредственный.
2. Барсукова, М. Н. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача : специальность 10.02.01 «Русский язык» :

- дис. на соиск. уч. степ.канд. филол. наук / Барсукова Марина Игоревна; Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского. — Саратов, 2007. — 141 с.: ил. — Библиогр.: с. 129-141. — Текст: непосредственный.
3. Гончаренко, Н. В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса : специальность 10.02.19 «Теория языка» : автореф. дис. на соиск. уч. степ.канд. филол. наук / Гончаренко Наталья Владимировна ; Волгоградский государственный педагогический университет. — Волгоград, 2007. — 27 с. : ил. — Библиогр.: с. 26-27. — Место защиты : Волгоградский государственный педагогический университет. — Текст: непосредственный.
 4. Дзараева, Н. А. Стратегии и тактики медицинского дискурса / Н.А. Дзараева, Р.А. Рогожникова. — Текст : непосредственный // Вестник Пермского гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. — 2014. — № 2-1. — С. 47-53.
 5. Карасик, В. И. Дискурсивное проявление личности / В.И. Карасик. — Текст : непосредственный // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Лингвистика. — 2016. — Т. 20, № 4. — С. 56-77.
 6. Маджаева, С. И. Речевое поведение врача при коммуникации с пациентом / С. И. Маджаева, Л. М. Касимцева. — Текст : непосредственный // Вестник Калмыцкого университета. — 2019. — Т. 42, № 2. — С.46-52.

С. В. Майборода, ст. преподаватель

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
имени В. И. Вернадского»

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Симферополь,
Российская Федерация

ДИАЛОГОВЫЕ СТРАТЕГИИ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ДИСКУРСА ДОКТОРА И ПАЦИЕНТА

В статье рассматриваются специфические приёмы диалоговых стратегий в речевом поведении участников коммуникации «доктор — пациент», определяемые как признаки коллегиального дискурса. Установлено, что к числу таких признаков относятся приёмы подхвата, поощрения коммуникативной инициативы, манипулятивные тактики управления темой и инициативой в диалоге.

The article deals with specific techniques of dialog strategies in the speech behavior of participants in doctor-patient communication, defined as signs of collegial discourse. It is established that these features include techniques for picking up, encouraging communicative initiative, and manipulative tactics for managing the topic and initiative in a dialogue.

Ключевые слова: коммуникативные стратегии и тактики, коллегиальный дискурс, диалог доктора и пациента.

Key words: communicative strategies and tactics of collegial discourse, the dialogue of doctor and patient.

Внимание к особенностям диалоговых стратегий при изучении медицинского дискурса обусловлено свойствами самого процесса говорения, который традиционно ассоциируется с проявлением лидерства и власти в институциональной коммуникации. Так проявление власти в речи вышестоящего коммуниканта до недавних пор находило отражение в традиционной патерналистской модели взаимоотношений доктора и пациента. Между тем переход от авторитарной модели взаимодействия, или патернализма, к модели коллегиальной диктует новые требования к организации диалогического взаимодействия неравностатусных субъектов. При реализации коллегиальной модели взаимоотношений доктора и пациента акцент в выражении власти смещается от статусного превосходства

врача к профессиональному и обуславливает реализацию особого типа речевого поведения коммуникантов, рассматриваемый в настоящей работе как коллегиальный дискурс.

Под коллегиальным дискурсом мы понимаем речевой продукт общения равностатусных или неравностатусных субъектов, участники которого используют речь для взаимного воздействия на когнитивную сферу путем открытого обмена информацией с целью совместного решения проблемы и достижения компромисса. Участники дискурса демонстрируют взаимное уважение, стремятся выявить и учесть ожидания от общения, избегают жесткой директивности в речи. Цели коллегиального дискурса обуславливают использование в речи основных и вспомогательных стратегий. К числу основных относится информативная стратегия, характерными признаками которой в дискурсе врача и пациента являются: 1) монологичность речи пациента на этапе расспроса (врач позволяет собеседнику высказаться); 2) активное использование врачом приемов поощрения речи и вовлечения пациента в диалог; 3) активное участие пациента в обсуждении назначений, рекомендаций.

Перечисленные особенности организации дискурса — результат функционирования диалоговых вспомогательных стратегий, главной целью которых является построение эффективного дискурсивного взаимодействия. Задачами указанных стратегий представляются контроль над темой и управление инициативой в диалоге, обеспечиваемые следующими тактическими действиями: передача инициативы, взятие инициативы, перехват инициативы, навязывание инициативы, уклонение или поощрение инициативы, смена темы, навязывание темы, уклонение от темы и др. [1].

Целью данного исследования является анализ некоторых приемов диалоговых стратегий в коммуникации доктор — пациент, обладающих признаками коллегиального речевого поведения и обеспечивающих гармоничное взаимодействие коммуникантов медицинского дискурса. Материалом исследования послужили записи 55 аутентичных диалогов врачей и пациентов, что составляет более 700 минут звучащей речи.

В отличие от жестких тактик, например, перебивания, запрета на речь или, напротив, навязывания коммуникативной инициативы, используемых доктором для контроля темы и инициативы в

авторитарном дискурсе [3], управление ходом коммуникации при реализации коллегиального дискурса производится имплицитно, то есть, врач занимает позицию активного слушателя и всячески поощряет коммуникативную активность пациента. При этом слушающий выражает интерес к сообщаемой информации и задаёт **открытые вопросы**, стимулирующие собеседника продолжать диалог в нужном направлении.

Примеры вопросов: *А можно поподробнее? / И как вы с этим справлялись? / А потом? / И как?* и т.п. В результате создается впечатление беседы равных по статусу индивидуумов, в которой пациент владеет коммуникативной инициативой и предопределяет ход диалога, его тему, структуру обменов и тому подобное. Но на самом деле это возможно только в той мере, в какой это позволено доктором: он фактически в любой момент может изменить ход интеракции, взяв инициативу в свои руки. Для этого используются различные манипулятивные приёмы, то есть «искусное использование определенных ресурсов языка с целью скрытого влияния на когнитивную и поведенческую деятельность адресата» [2, с. 24]. Примерами подобных приёмов в речи доктора могут выступать уточняющие и наводящие вопросы, вопросы-ретроспекторы, вежливое предложение вернуться к предыдущей теме, перейти к следующей или сочетание нескольких приёмов: Д. — **Давайте всё же вернемся** к загрудинным болям. **Скажите**, это боли какого характера? Вопросы-ретроспекторы позволяют не только обратиться к интересующей доктора теме, но и демонстрируют внимание к словам пациента. Например, Д. — **Вот вы говорили**, что у вас был кашель? А какой, сухой или с мокротой?

Для того, чтобы прервать речь собеседника или перейти к другой теме, но при этом не ставить его в неловкое положение и не обидеть, участники коллегиального дискурса используют такие манипулятивные средства управления диалогом, как **подхват**, а также вербальные и невербальные **знаки повышенного внимания** к определенной информации, сообщаемой собеседником.

Функцией подхвата является завершение чужого коммуникативного хода с последующей сменой локальной темы. Эта тактика может реализовываться с помощью двух и более коммуникативных ходов и включать реплики-эхо, повторы, продолжение фразы или

рассказа собеседника. Например, П: — *На этом все мое лечение закончилось. Шесть недель я пролежал...* / Д: (подхватывает) — **Потом немножко времени дома, а потом к нам? Мы вам поможем. Что вы сейчас принимаете?** Данный пример иллюстрирует приём, включающий три коммуникативных шага: подхват, эмоциональное переключение, введение новой темы. С помощью подхвата доктор как бы продолжает рассказ пациента, одновременно демонстрируя внимание к его рассказу и осведомлённость в его биографии (*Потом немножко времени дома*), а затем плавно переходит к теме пребывания больного в настоящем лечебном учреждении (*А потом к нам?*). Следующий коммуникативный ход (**Мы вам поможем**) выполняет функцию переключения внимания больного с негативных воспоминаний о безуспешном лечении дома на обнадеживающие ожидания от лечения в этой больнице. Врач незаметно настраивает пациента на позитивную эмоциональную оценку будущего (там было плохо — здесь будет хорошо, там отвергали — здесь помогут). Далее, спрашивая о лекарствах (*Что вы сейчас принимаете?*), доктор вводит тему текущего лечения и продолжает её развивать, тем самым успешно реализовав цель имплицитного перехвата инициативы и введения нужной темы.

Знаки повышенного внимания к определенной информации в качестве тактики перехвата инициативы и смены темы могут иметь вербальное воплощение (восклицание, вопрос, повторение слов собеседника) и невербальное (взгляд, мимика, жест). Например, восклицание — приём введения новой темы: П. — *И ещё мне сказали, что у меня была повышенная кислотность, но уже нет, все нормально и...* / Д. — **Ну, и слава Богу! Ваша задача теперь контролировать: ФГС ежегодно и сделайте ирригоскопию сами.** Тактика переключения внимания собеседника для ухода от нежелательной темы: Д. — *Какую конфету ели? М?* / П. — *Ну, не шоколадную.* / Д. — *Ещё не хватало* / П. — **Ой, с праздником вас всех! Сегодня сорок мучеников** // Д. — *Спаси-и-ибо!* И вас также с праздником! Неожиданная реакция заставляет говорящего остановиться и позволяет оппоненту ввести новую тему. Данная тактика дает возможность завладеть инициативой в диалоге, переключить внимание, корректно повернуть разговор в другое русло, а также продемонстрировать интерес к словам собеседника.

Специфической тактикой диалогических стратегий коллегиального дискурса выступает разновидность подхвата, определяемая как *диалог-унисон*, в котором происходит полное совпадение пресуппозиций коммуникантов, что свидетельствует о гармонизации дискурса и достижении взаимопонимания между участниками дискурса. Так, при осуществлении диалога-унисона говорящие нередко продуцируют общее высказывание:

Д. — С щитовидкой проблем]

П. [нет.

Д. — И УЗИ]

П. [сделала.

Диалог-унисон также наблюдается в ситуации, когда второй собеседник стремится согласиться с репликой первого и при этом продолжает его высказывание, иллюстрируя конкретными примерами, разъяснениями, доказательствами. Например,

Д — Жировой гепатоз на УЗИ подтверждается.

П. — **Это печень]**

Д. [**Печень, печень. У вас есть билиарный сладж**, поэтому надо сейчас попить препарат, чтобы это всё у нас прошло-о.

Итак, основные условия коллегиального дискурса, такие как поиск и установление общих пресуппозиций, признание ценности мнения оппонента, обуславливают следующие характеристики диалоговых стратегий: равномерное распределение коммуникативного вклада участников в процессе порождения диалога, отсутствие ограничений на использование определённых речевых актов. Перехват коммуникативной инициативы в диалоге осуществляется путём включения в ход диалога вербальных или невербальных сигналов реакции на слова говорящего (выражение удивления, согласия, несогласия, возражения и так далее), а также с помощью подхвата и продолжения реплики собеседника (диалог-унисон), тем самым участники дискурса демонстрируют общность знаний и мнений. Результатом использования приемов скрытого влияния на дискурс является сознательное имплицитное управление ходом диалога для повышения его эффективности, а также демонстрация внимания, уважения к мнению собеседника и признания ценности его как личности.

Литература

1. Иссерс, О. С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О. С. Иссерс. — Москва: Издательство ЛКИ, 2008. — 288 с. — Текст: непосредственный.
2. Копнина, Г. А. Речевое манипулирование: учебное пособие / Г. А. Копнина. — Москва: ФЛИНТА, 2017. — 120 с. — Текст: непосредственный.
3. Майборода, С. В. Диалоговые стратегии в авторитарном дискурсе доктора и пациента / С. В. Майборода. — Текст: непосредственный // Термины в коммуникативном пространстве: материалы научно-практической конференции с международным участием. — Астрахань, 2019. — С. 191–196.

И. И. Торубарова, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Российская Федерация

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ЖАНРОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ НАУЧНЫХ ТЕКСТОВ

В статье рассматриваются особенности медицинского дискурса как эффективного инструмента многоуровневой коммуникации. Автор отмечает, что изучение различных аспектов медицинского дискурса и медицинской коммуникации становится востребованным направлением современной лингвистики. Рассматриваются подходы, которые позволяют максимально полно проанализировать жанры медицинской коммуникации с лингвистической точки зрения. Особое внимание уделяется тому факту, что реализация медицинского дискурса в научном контексте представлена в огромном разнообразии текстовых жанров.

The article is devoted to medical discourse as an effective tool for multi-level communication. The author points out that a thorough research of various aspects of medical discourse and medical communication has become a current trend in linguistics. The paper highlights approaches that allow the most complete analysis of the genres of medical communication from a linguistic point of view. Particular attention is drawn to the fact that medical discourse in a scientific context is represented by a huge variety of text genres.

Ключевые слова: медицинский дискурс, текстовые жанры, коммуникация.

Key words: medical discourse, textual genres, communication.

«Толковый словарь иноязычных слов» определяет «дискурс» как «речь, беседа как объект лингвистического изучения» [1, с. 123]. Дж. М. Уилс в своей статье, посвященной медицинскому дискурсу говорит, что «дискурс: **примеры языка** (письменный и устный, непосредственный и массовый) в фактическом использовании в определенных социальных контекстах, а **«текст: конкретный случай дискурса** (здесь и далее выделено автором статьи), который

является последовательным, запоминающимся, цитируемым и, следовательно, реконтекстуализируемым» (*здесь и далее перевод автора статьи*) [6, с. 199].

Автор статьи разделяет точку зрения Т. Ван Дейка, который считает, что дискурс — «это **конкретное коммуникативное событие**. Такое коммуникативное событие само по себе довольно сложно и, по крайней мере, включает в себя ряд социальных ролей участников коммуникативного акта, в определенной обстановке (время, место, обстоятельства) и на основе других особенностей контекста. Этот коммуникативный акт может быть письменным или устным, и, особенно в разговорной речи, обычно сочетает вербальные и невербальные измерения (жесты, работа с лицом и т. д.). Мы можем назвать это расширенным основным значением термина «дискурс».

Однако в повседневной практике изучения дискурса мы часто используем более ограниченное первичное значение «дискурс». В этом случае мы абстрагируем речевое измерение устного или письменного коммуникативного акта коммуникативного события и обычно называем эту абстракцию **речью или текстом**. «Дискурс» в этом случае — это общий термин, который относится к **устному или письменному устному продукту коммуникативного акта**» [5, с.194].

Медицинский дискурс как явление существовал всегда, но в наши дни приобретает наиболее актуальное значение в силу ряда причин. Во-первых, он является эффективным инструментом многоуровневой коммуникации — между представителями профессионального медицинского сообщества, с одной стороны, а также между специалистами-медиками и широкими слоями населения — пациентами, — с другой. Успешная коммуникация в рамках медицинского дискурса является условием плодотворного и динамичного диалога между медициной как наукой и обществом. Изучение различных аспектов медицинского дискурса и медицинской коммуникации становится краеугольным камнем развития общества в наше время. Второй ключевой аспект медицинского дискурса в наши дни, который непосредственно связан с медицинской коммуникацией, — это популяризация медицинских знаний. Данное явление способствует широкому распространению новых текстовых жанров — «популярных научных статей» [*popularsciencearticles*] [4, с. 1], а также появлению но-

вых форматов для популяризации медицинских знаний, доступных для понимания широких слоев населения, о чем свидетельствуют многочисленные лингвистические исследования [2; 3].

Медицинский дискурс является интерактивным и общественным инструментом и, тем самым, играет решающее значение как для работников здравоохранения, так и для филологов, которым важно знать, как правильно использовать данный инструмент, чтобы достичь успешной коммуникации в соответствии с поставленными целями, в существующем окружении. Изучение медицинского дискурса имеет несомненные перспективы, возникающие в результате интеграции с такими дисциплинами как прикладная лингвистика, когнитивная лингвистика, социолингвистика и др. Такой мультидисциплинарный подход позволяет максимально полно проанализировать жанры медицинской коммуникации с лингвистической точки зрения.

Эволюция медицинского дискурса в академическом контексте способствовала подъему и укреплению различных текстовых жанров, которые приобрели четко установленные нормы. Существует тесная взаимосвязь между научным медицинским текстом и его структурой, что, в свою очередь, подразумевает наличие корреляций между различными лингвистическими особенностями, которые характеризуют текст в целом. Жанр, в том числе научный, влияет на все текстуальные характеристики, задавая определенные концептуальные и риторические ограничения. Научный медицинский текст был создан специально, чтобы удовлетворять потребностям представителей научного медицинского сообщества. Специалисты учатся следовать определенным нормам и шаблонам («паттернам»), которые присущи тексту данного типа/жанра, в противном случае, если данные нормы и правила будут нарушены, текст может быть понят неправильно или не воспринят. Важно правильно организовать текст не только в соответствии с его лингвистическими жанровыми особенностями, но и с точки зрения его макроструктуры — организации текста с точки зрения общепринятых норм и прогнозируемых результатов, которые берут начало в социокультурном окружении. Вот почему в последнее время огромное внимание уделяется изучению того, как тексты различных жанров создаются и используются для достижения определенных целей в узкопрофессиональном окружении. Однако, как отмечают многие исследователи, текстовые жанры

не являются чем-то неизменным, но высоко динамичны и тесно связаны с их социофессиональным окружением [4, с.12].

Факторы, влияющие на типовое разнообразие текстовых жанров, — это их коммуникативное предназначение, окружение, в котором данные тексты эксплуатируются, коммуникативные события или деятельность, с которыми они связаны, профессиональные взаимоотношения, существующие между участниками этих событий, а также фоновые знания участников. Так, например, по степени инновативности содержания медицинские текстовые жанры делятся на первичные и вторичные. К первичным относятся научно-исследовательская статья, описание клинического случая, редакционная статья. Медицинские тексты, создаваемые на основе первичных, являются вторичными. К ним относятся обзорная статья, теоретическое поисковое исследование [*basicresearch (BR)*], обучающие тексты.

Медицинские тексты также делятся на профессиональные и популярные в зависимости от того, насколько узконаправленные, специализированные знания в них содержатся и для какой целевой аудитории они предназначены. Кроме того, некоторые эксперты предлагают классификацию медицинских текстов по степени коммуникативной функциональности и авторской интенции. В этом случае различают аргументативный, директивный и поясняющий тексты [4, с. 13].

Процессы международной интеграции и сотрудничества, активно развивающиеся в последнее время, оказали значительное влияние на темпы глобализации в социокультурной и коммуникативной сферах. Английский язык становится языком-посредником, так как многие авторы стремятся опубликовать свои лучшие работы на английском языке в авторитетных изданиях, чтобы привлечь широкое внимание целевой аудитории. Однако, этот процесс вызывает обеспокоенность некоторых экспертов, поскольку, по их мнению, «значительный успех английского языка в мире научных исследований представляет собой угрозу не только для выживания и продуктивности других языков, но и для самих исследователей из неанглоязычных культур, чье восприятие специального дискурса неизбежно дивергирует под влиянием доминирующей англо-американской модели» [4, с.14].

Это распространение английского языка имело идеологические и этические последствия: вследствие того, что глобализирующиеся

тенденции обычно опираются на скрытые стратегии, предназначенные для уменьшения специфики участников, они нивелируют национальную идентичность в пользу англоцентрических текстовых моделей. Поскольку язык строго связан с условиями, в которых он используется, культурные элементы могут выступать в качестве ключевых контекстуальных ограничений, влияющих как на уровень дискурсивной организации, так и на диапазон его реализации. Будучи связанным с сообществами, соблюдающими как местные, так и международные традиции, медицинский дискурс предоставил плодотворную почву для анализа межкультурных изменений как на текстовом уровне, так и в коммуникативных стратегиях, заложенных в его текстуализации.

Очевидно, реализация медицинского дискурса в научном контексте представляет огромное разнообразие текстовых жанров. Одним из ключевых факторов такого дивергентного вербального поведения является принадлежность авторов к различным профессиональным, идеологическим, этническим культурам. Это не только влияет на мышление участников медицинского дискурса и их внутренние взаимоотношения, но также и на их «риторическое позиционирование» [4, с. 27].

Таким образом, перед участниками научного медицинского дискурса в наши дни стоит очень сложная и важная проблема: достичь точного баланса между их готовностью придерживаться норм и традиций профессионального сообщества и желанием выразить индивидуальные ценности и черты национальной принадлежности.

Литература

1. Крысин, Л. П. Толковый словарь иноязычных слов / Л. П. Крысин. — Москва : Эксмо, 2008. — 944 с. — Текст : непосредственный.
2. Стеблецова, А. О. Интердискурсивность медиатекстов медицинской профилактики / А. О. Стеблецова, И. А. Стернин. — Текст : непосредственный // Коммуникативные исследования. — 2019. — Т. 6, № 3. — С. 794-809.
3. Стеблецова, А. О. Речевое воздействие в медицинском дискурсе / А. О. Стеблецова. — Текст : непосредственный // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Филология. Журналистика. — 2018. — № 2. — С. 49-51.
4. Medical discourse in Professional, Academic and Popular Settings / edited by Pilar Ordonez-Lopez, Nuria Edo-Marza. — Multilingual

matters, Bristol, 2016. — 224 p. — ISBN 9781783096251. — Текст : непосредственный.

5. Dijk van, T.A. Ideology: A Multidisciplinary approach / Teun A. van Dijk. — SAGE publications: London, 1998. — 390 p. — Библиогр.:с. 341-365. — ISBN 0 7619 5654 9. — Текст :непосредственный.
6. Wilce, J. M. Medical Discourse / J. M. Wilce. — Текст : непосредственный // Annu. Rev. Anthropol. — 2009, №38. — p.199–215.

2.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС ГЛАЗАМИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ И ФАРМАЦЕВТОВ

Р. К. Алексеев, аспирант, врач-нейрохирург

ФБУЗ МО «Солнечногорская ЦРБ», Солнечногорск, Российская Федерация

Л. В. Чичановская, д-р.мед.наук, заведующая кафедры неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии

В. К. Дадабаев, канд. мед.наук

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, ИМЕЮЩЕГО ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ БЕЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

В данной статье описываются особенности общения врача и пациента с черепно-мозговой травмой, ассоциированной с алкогольным опьянением, при первичном обследовании в приемном отделении. Приведена характеристика проявлений общемозговой симптоматики при различных степенях ушиба головного мозга и алкогольного опьянения. На основе практического опыта даны рекомендации по общению с этой категорией пациентов и алгоритм действий в различных ситуациях.

This article describes the features of communication between a doctor and a patient with a traumatic brain injury associated with alcohol intoxication during the initial examination in the emergency Department. The characteristic of manifestations of General brain symptoms in various degrees of brain injury and alcohol intoxication is given. Based on practical experience, recommendations are given for communicating with this category of patients and the algorithm of actions in various situations.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, общемозговая неврологическая симптоматика, взаимоотношение «врач-пациент», алкогольное опьянение.

Keywords: craniocerebral trauma, General brain neurological symptoms, doctor-patient relationship, alcohol intoxication.

Ежегодно в России и в мире от ЧМТ погибают и становятся инвалидами большое количество человек. В общей структуре травма-

тизма повреждения центральной нервной системы составляют около 40 % [2].

Любая ЧМТ проявляется в виде общемозговой и очаговой неврологической симптоматики [1]. Общемозговая симптоматика может возникать в результате повышения внутричерепного давления, интоксикации, раздражения мозговых оболочек и сосудистых стенок, внезапных перепадах артериального давления, возникновении ликвородинамических нарушений и т.д. Наиболее частыми причинами развития данных состояний является черепно-мозговая травма, алкогольная (реже наркотическая) интоксикация, острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульты), наличие внутричерепных объемных образований, некоррегированная медикаментозно артериальная гипертония или избыточное употребление гипотензивных препаратов.

Особое внимание стоит уделить черепно-мозговой травме в сочетании с алкогольным опьянением. К сожалению, данное сочетание в практике встречается довольно часто. Так, например, согласно результатам проведенного в США исследования, у 47 % пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи, в крови обнаружен алкоголь [4; 5]. Обзор работ, посвященных изучению распространенности алкогольных проблем среди пациентов клиник неотложной терапии в разных странах мира, показал, что алкоголь в крови обнаруживается в среднем у 6–32 % жертв несчастных случаев [4; 6]. Обращает на себя внимание молодой возраст пострадавших от ЧМТ и сочетанных травм в состоянии алкогольного опьянения. Почти каждый второй пострадавший получает политравму в алкогольном опьянении в возрасте от 20 до 39 лет [4; 7]. Высокие значения травматизма ассоциированного с алкогольным опьянением в трудоспособной возрастной группе оказывают негативное влияние на социально-экономические показатели.

Стоит отметить, что важным звеном на всех этапах оказания медицинской помощи является взаимодействие врача с пациентом, перенесшим черепно-мозговую травму, начинается с момента обращения пострадавшего в медицинское учреждение [1].

Во врачебной практике с пациентами, получившими ЧМТ, чаще всего сталкиваются врачи нейрохирурги, травматологи, реаниматологи, неврологи, врачи и фельдшеры скорой помощи, терапевты

приемного отделения. В процессе общения пациента, получившего ЧМТ, с врачом могут возникнуть трудности в коммуникации, связанные с проявлениями патологической неврологической симптоматики [1]. При ЧМТ, ассоциированной с алкогольным опьянением, эти сложности возникают значительно чаще и могут стать причиной врачебных ошибок и недооценки тяжести состояния пациента.

При выявлении очаговой симптоматики во время осмотра пациента с травматическим анамнезом, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, диагноз ЧМТ становится более очевидным и, далее проводится комплекс обследований, направленный на выявление характера и тяжести ЧМТ, с последующим назначением адекватного лечения. В случае, если очаговые симптомы, за исключением атаксии, не были выявлены, то врач сталкивается с ситуацией, когда перед ним пациент с явно выраженными проявлениями общемозговой симптоматики, поскольку интоксикация (в том числе и алкогольная), как было сказано ранее, является одной из причин ее возникновения.

К проявлениям общемозговой симптоматики относятся: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, судороги, нарушение сознания. Каждое из этих проявлений может быть следствием как ЧМТ, так и алкогольного опьянения. Атаксия так же сопровождает оба эти состояния.

Как же в таком случае врачу отдифференцировать черепно-мозговую травму от проявлений алкогольного опьянения? В первую очередь нужно знать проявления различных степеней алкогольного опьянения.

Определение стадии алкогольного опьянения по содержанию спирта в крови [8]:

- менее 0,3 ‰ — отсутствие влияния алкоголя;
- от 0,3 до 0,5 ‰ — незначительное влияние алкоголя;
- от 0,5 до 1,5 ‰ — лёгкое опьянение;
- от 1,5 до 2,5 ‰ — опьянение средней степени;
- от 2,5 до 3,0 ‰ — сильное опьянение;
- от 3,0 до 5,0 ‰ — тяжёлое отравление алкоголем, может наступить смерть;
- более 5,0 ‰ — смертельное отравление.

Однако, исследование крови на содержание алкоголя процесс не быстрый, кроме того, такая возможность отсутствует в ряде медицинских учреждений. Тем более невозможно себе представить скорого ожидания результата данного анализа в условиях оказания urgentной помощи пациенту с признаками алкогольного опьянения. На определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе большинство пациентов не соглашаются, а у ряда больных, общее состояние которых оценивается как средней тяжести и тяжелое, данную процедуру провести не представляется возможным. В этом случае необходимо учитывать проявления разных стадий опьянения в поведении пациентов.

Лёгкая степень алкогольного опьянения сопровождается психическим комфортом, стремлением к деятельности и желанием говорить. Движения становятся порывистыми и размашистыми, нарушается координация движений, речь становится более громкой. Мышление становится поверхностным и непоследовательным. Наблюдается учащение пульса и гиперемия кожи. Приподнятое настроение может сменятся безразличием, двигательная активность — расслабленностью, замедляется мышление [9].

При средней степени опьянения наблюдаются более грубые изменения поведения. Мимика становится невыразительной и скудной, речь — дизартричной и ещё более громкой. Снижается способность критической оценки действий. Движения становятся более неуверенными, представления — однообразны и образуются с трудом. Затруднено переключение внимания, возможно возникновение конфликтов [9].

Тяжёлая степень характеризуется появлением выраженного нарушения сознания (до комы). Повышается риск возникновения эпилептического приступа, возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация [9]. В таком состоянии пациент продуктивному контакту недоступен.

Следует так же дифференцировать клинические проявления ушиба головного мозга различной степени тяжести, рассматривая их в контексте возможного отсутствия проявлений очаговой и оболочечной симптоматики.

Ушиб мозга легкой степени характеризуется непродолжительной потерей сознания после травмы (от нескольких до десятков

минут). Больные жалуются на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Иногда встречается умеренная брадикардия или тахикардия, бывает артериальная гипертензия [10].

Ушиб мозга средней степени тяжести анамнестически характеризуется более продолжительной потерей сознания после травмы, нежели при легкой форме (от нескольких десятков минут до нескольких часов). Больные жалуются на сильную головную боль, наблюдается многократная рвота. Могут возникнуть нарушения психики. Встречается брадикардия или тахикардия, повышение АД, тахипноэ, может возникать нарушение витальных функций [10].

Ушиб мозга тяжелой степени характеризуется длительной потерей сознания после травмы. Возможно выраженное двигательное возбуждение, более выраженное нарушение сознания, гипер- или гипотония, брадикардия, нарушение витальных функций.

Следует учесть, что комбинация ЧМТ и алкогольного опьянения в совокупности утяжеляет состояние больного и приводит к более выраженным проявлениям общемозговой симптоматики. Однако это не означает, что видя пациента с подозрением на ЧМТ и, например, с клиническими проявлениями алкогольного опьянения средней степени, можно сделать заключение, что у него возможен только легкий ушиб головного мозга. Без динамического наблюдения за пациентом и проведения дополнительных обследований в данной ситуации достоверно установить и спрогнозировать течение острого периода ЧМТ невозможно.

Кроме того, в группе пациентов с длительной хронической алкогольной зависимостью прогрессируют процессы атрофии вещества головного мозга. В этом случае в полости черепа происходит компенсаторное расширение субарахноидальных пространств. Атрофия головного мозга часто способствует развитию стертой клинической картины черепно-мозговой травмы. При внутричерепных кровоизлияниях большого объема или наличия обширной зоны отека вещества головного мозга повышение внутричерепного давления происходит в гораздо меньшей степени, и дислокация срединных структур (как боковая, так и аксиальная) значительно менее выражена у пациентов с расширением субарахноидальных пространств.

Однако при алкогольной зависимости, несмотря на возможное более «легкое» течение острого периода ЧМТ, существуют выра-

женные нарушения метаболизма, которые видоизменяют нормальное функционирование многих систем организма, и недоучет этого может приводить к неадекватной тактике лечения и повышенной смертности даже при оптимальной хирургической помощи [4].

Что касается общения врача с пациентом, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, следует учитывать не только измененный психоэмоциональный фон у больного, но и проявления общемозговой симптоматики [3]. С пациентами, находящимися в легкой степени алкогольного опьянения, как правило, можно построить конструктивный диалог, выяснить жалобы, собрать анамнез, провести осмотр и необходимое обследование. Следует учесть, что у пациентов может отмечаться снижение критики в оценке своего состояния, перепады настроения, эмоциональная лабильность. Возможны ситуации, когда больной негативно настроен к медперсоналу. В случае отказа пациента от осмотра или обследований необходимо взять отказ в письменной форме. Не стоит провоцировать пациента на конфликт, упрекать его в наличии признаков опьянения.

При общении с пациентами в состоянии алкогольного опьянения средней степени дело обстоит сложнее. Продуктивный диалог построить тяжело. Сбор жалоб и анамнеза затруднен. Это обусловлено выраженным нарушением критики и когнитивных функций у пациента, частичной или полной дезориентацией в пространстве и времени. Следует учитывать данные анамнеза, которые сообщили сопровождающие пациента друзья, родственники или бригада СМП, но зачастую они не соответствуют действительности. Часты ситуации, когда больной сопротивляется осмотру и обследованию. В подобных ситуациях пациент часто не способен добровольно давать согласие на проведение медицинской помощи. В этом случае необходимо оформлять данное согласие консилиумом врачей, и далее, при необходимости, производить обследование и лечение на фоне медикаментозной седации с привлечением реаниматолога.

При тяжелой степени опьянения у пациента нарушение сознания выраженное (сопор, кома). Продуктивному контакту он не доступен, сбор жалоб и анамнеза невозможен. При отсутствии эпизодов психомоторного возбуждения и судорог возможно проведение осмотра и обследований без затруднений. Однако, с учетом тяжелого состояния пациента, необходим осмотр реаниматолога и дальнейшее его сопровождение больного на все исследования.

Проведение компьютерной томографии головного мозга больным с признаками алкогольного опьянения и подозрением на ЧМТ является важным инструментом не только в диагностике травмы, но и определении дальнейшей тактики лечения, маршрутизации больного внутри медицинской организации, определения показаний к оперативному лечению, одним из параметров первичного прогнозирования общего состояния пациента.

Не допускается длительное наблюдение за пациентом с признаками алкогольного опьянения в приемном отделении. Кажущееся благополучие у такого больного может внезапно смениться ухудшением состояния, особенно при наличии не диагностированной ЧМТ, что может привести к неблагоприятным последствиям, как для пациента, так и для врача. Трудно себе представить ситуацию, когда пациент или его родственники жалуются на то, что больного с признаками алкогольного опьянения госпитализировали в медицинское учреждение, провели наблюдение, обследование и оказали необходимую медицинскую помощь. Обратные ситуации, к сожалению, не редкость, и часто являются причинами разбирательств со стороны следственных органов в отношении врачей.

Резюмируя вышенаписанное, можно сформулировать следующие рекомендации для врачей, которые сталкиваются с пациентами, имеющими признаки алкогольного опьянения и подозрением на ЧМТ или без такового:

- 1) не допускается длительное наблюдение за пациентом с признаками алкогольного опьянения в приемном отделении стационара;
- 2) всем пациентам с подозрением на ЧМТ и признаками алкогольного опьянения показано проведение компьютерной томографии головного мозга, вне зависимости от их общего состояния и неврологического статуса;
- 3) пациентам с признаками алкогольного опьянения и нарушением сознания от уровня глубокого оглушения и тяжелее (12 баллов и меньше по ШКГ) показано проведение компьютерной томографии головного мозга даже при отсутствии указаний на ЧМТ в анамнезе;
- 4) пациентам без признаков ЧМТ по данным компьютерной томографии, с признаками алкогольного опьянения и нарушением сознания от уровня глубокого оглушения и тяжелее (12 баллов

и меньше по ШКГ) показана госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии под наблюдение терапевта и невролога до стабилизации общего состояния.

Пациенты с черепно-мозговой травмой, ассоциированной с алкогольным опьянением, требуют особого подхода во взаимоотношении «врач — пациент». Правильно избранные алгоритм действий и коммуникативная тактика позволят избежать врачебных ошибок и приведут к более благоприятному исходу травмы.

Литература

1. Алексеев, Р. К. Особенности взаимодействия врача с пациентом, имеющим очаговую неврологическую симптоматику при черепно-мозговой травме / Р. К. Алексеев, Л. В. Чичановская, В. К. Дадабаев. — Текст : непосредственный // Материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции «Медицинский дискурс: теория и практика», Тверь 2019 г. — С. 62-69.
2. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, Г. С. Бурд. — Текст : непосредственный. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 466 с.
3. Жукова, А. Ю. Эффективная коммуникация «врач — пациент» как основа пациентоориентированности / А. Ю. Жукова, А. Ю. Соколова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики / Материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции / под общей редакцией Е.В. Виноградовой. — Тверь: Ред.изд. центр Твер. гос. мед.ун-та. — 2017. — С. 89-93.
4. Иванец, Н. Н., Психиатрия и наркология / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, В. В. Чирко, М. А. Кинкулькина. — Текст : непосредственный. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с. — С. 678-683.
5. Матвеев, Р. П. Возрастно-половая и социальная характеристика пострадавших с политравмой в областном центре северного региона в динамике за 20 лет / Р. П. Матвеев, А. Б. Гудков, Г. М. Медведев. — Текст : непосредственный// Экология человека. — 2006. — № 1. — С. 52-54.
6. Методические указания Минздрава СССР от 03.07.1974 «О судебно-медицинской диагностике смертельных отравлений этиловым алкоголем и допускаемых при этом ошибках» — URL :[http:// https://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_25_101.html](http://https://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_25_101.html) (дата обращения 06.07.2019). — Загл. с титул.экрана. — Текст : электронный.
7. Пошатаев, К. Е Эпидемиологические и клинические аспекты черепно-мозговой травмы / К. Э. Пошатаев. — Текст : непосредственный

// Дальневосточный медицинский журнал. — 2010. — 4. — С. 125-128.

8. Фирсов, С. А. Сочетанные черепно-мозговые и скелетные травмы, ассоциированные с алкогольным потреблением / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев, Т. В. Вилова. — Текст : непосредственный // Экология человека. — 2015. — №1. — С. 36-39.
9. Cherpitel, C. J. Alcohol and injuries: A review of international emergency room studies / C. J. Cherpitel. — Текст : непосредственный // Addiction. — 1993. — 88. — P. 923-937.
10. Nilssen, O. CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcohol Screening Test in trauma patients: comparison of their correlations with biological alcohol markers / O. Nilssen, P.K. Ries, F. P. Pivara. — Текст : непосредственный // Journal of Trauma. — 1994. — 36. — P. 784-788.

Л. В. Емельянова, врач анестезиолог-реаниматолог

А. А. Роганова, врач анестезиолог-реаниматолог

ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского», г. Зеленоград, Россия

КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

В статье проведено исследование навыков коммуникации в деятельности врача анестезиолога-реаниматолога и коммуникативные барьеры, возникающие в такой деятельности.

The article analyzes the communication skills in the work of an anesthesiologist-resuscitator and evaluates the communication barriers that arise in such activities.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, коммуникативные барьеры, врач реаниматолог.

Keywords: communication skills, communication barriers, resuscitation doctor.

Не секрет, что коммуникация играет огромную роль в профессиональной деятельности врача [1; 2]. Столь гуманитарная профессия просто не может существовать вне коммуникаций между людьми. Причем таковые коммуникации могут строиться как по схеме врач-пациент, так и по схеме врач — врач, врач — руководитель и т.д. Коммуникационный процесс между врачом и пациентом — это социальный обмен информацией.

Коммуникативные барьеры — препятствия, вызванные естественными, социальными и психологическими факторами, возникающими в процессе коммуникации. В современном мире в условиях человеческого взаимодействия, в разных сферах деятельности часто возникают трудности, или коммуникативные барьеры [4; 5]. Возникают они и в деятельности врача. Общение врача и пациента — это не простая передача информации, а выработка общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения.

В последние годы значительно возросла роль анестезиолога-реаниматолога в медицине. Медицинские работники, работающие в отделениях реанимации, должны не только вести постоянное наблюдение

ние за состоянием находящихся в них больных, но и выполнять большие реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца). Анестезиолог-реаниматолог, в отличие от врачей других специальностей, исходит из приоритета защиты не только здоровья, но прежде всего жизни больного. Медицинский персонал, работающий в отделениях реанимации, должен быть не только опытным и квалифицированным, он должен отличаться значительной физической выносливостью, иметь коммуникативную подготовку, принимая во внимание относительно высокую смертность в таких отделениях. И отсутствие коммуникативных навыков у медицинских работников уже не приемлемо. Без навыков эффективной коммуникации невозможно установление доверительных отношений между врачом и пациентом, формирование приверженности больного к лечению. Коммуникативные навыки помогают в принятии решений, во взаимодействии с родственниками пациента, с коллегами и другими специалистами здравоохранения. Качественная и эффективная работа врачей-реаниматологов зависит не только от уровня их профессионализма, но и от владения навыками коммуникации.

Коммуникационный барьер в профессиональном общении врача-реаниматолога-анестезиолога с пациентом — это психологические препятствия на пути адекватной передачи информации в общении врача и пациента.

Чаще всего коммуникационные барьеры в профессиональном общении врача с пациентом могут возникать из-за неумения или нежелания врача почувствовать пациента, проникнуться его потребностями, заботами, или болью иным словом — из-за его безразличия к пациенту. А так же из-за искажения информации или ее недостатка; из-за наличия у пациента психологической защиты от информации о состоянии здоровья.

Фонетический барьер может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции. Врачу преодолеть его можно в том случае, если он будет стараться говорить внятно, разборчиво и достаточно громко, без скороговорки; если он будет учитывать индивидуальные особенности своих пациентов (чем хуже знает человек предмет обсуждения, тем медленнее надо говорить, тем подроб-

нее нужно разъяснять, люди разных национальностей говорят с различной скоростью: на севере и в средней полосе — медленнее, на юге — быстрее; маленькие дети и старики плохо воспринимают быструю речь и др.). Так же врач во избежание рассматриваемого барьера должен обеспечивать наличие обратной связи с пациентом.

Семантический барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.) [3]. Снятие такого барьера — актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без необходимости используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного воздействия на психику пациента. Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов). В данном случае пациент не понимает или отказывается, не хочет понимать сообщаемое врачом. Так же следует отметить, что стилистический барьер может возникнуть из-за неверного структурирования информации (его несоответствие ожиданиям собеседника). Для преодоления данного барьера целесообразно вначале указать цель, перспективы и предполагаемые результаты общения, а в конце разговора — подвести итоги, показать ретроспективу и отметить степень достижения це-

лей. Так необходимо структурировать содержание общения, чтобы оно не было просто бесформенной грудой разнообразных сведений, оно должно быть каким-то образом выстроено, соединено в цепь, «перечислено».

Врачи, кроме всего прочего, оказываются неподготовленными к сложным и эмоционально напряженным ситуациям — например, сообщению пациенту плохих новостей. Если плохие новости сообщает пациенту врач, имеющий психосоматические расстройства, не получивший соответствующей подготовки, это может иметь отрицательные последствия, как для пациентов, так и для самих врачей. На основании полученных результатов стала очевидной необходимость проведения образовательных мероприятий для улучшения навыков коммуникации в реанимационном отделении. Таким образом, стрессовые факторы непосредственно влияют на психосоматическое состояние врача-реаниматолога, и делает актуальной, перспективной задачей проведения образовательных мероприятий для улучшения навыков коммуникации в реанимационном отделении.

Литература

1. Абросимова, В. А. Особенности общения в стоматологической практике / В. А. Абросимова, С. А. Мошкина, А. Ю. Соколова, Ю. В. Тимакова. — Текст : непосредственный // Молодежь, Наука, Медицина / Материалы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Твер. гос. мед. унт; редкол.: М. Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред.изд. центр Твер. гос. мед.унта, 2018. — в 2х томах: 1 том, 458 с., 2018. — С. 8-11
2. Жукова, А. Ю. Эффективная коммуникация «врач — пациент» как основа пациентоориентированности / А. Ю. Жукова, А. Ю. Соколова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики / Материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции / под общей редакцией Е.В. Виноградовой. — Тверь: Ред.изд. центр Твер. гос. мед.унта., — 2017. — С. 89-93.
3. Сисвадзе, Б.Д. Медицинские аббревиатуры: классификация и способы перевода / Б. Д. Сисвадзе, А. Ю. Соколова . — Текст : непосредственный // Молодежь, наука, медицина: материалы 64й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Твер. гос. мед. унт; редкол.: М. Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед.ун та, 2018. — в 2х томах: 2 том, 447 с., 2018. — С.303-306.

4. Соколова, А. Ю. Основные принципы функционально-стилистического диахронического исследования / А. Ю. Соколова. — Текст : непосредственный // Балтийский гуманитарный журнал. — 2018. — Т. 7. — № 4 (25). — С. 117-119.
5. Соколова, А. Ю. Нефинитная парадигма английского глагола: диахроническое исследование в проспективной грамматике / А. Ю. Соколова. — Текст : непосредственный. — Ставрополь: Логос, 2018. — 163с.

УДК 615.12/.15:316.48:316.77

С. А. Жаркова, канд. фарм. наук, доцент

М. А. Хмельёва, канд. фарм. наук, доцент

Е. В. Костенко, студент

ФГБОУ ВО Ростовский ГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

НЕОБХОДИМОСТЬ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ДЛЯ РАБОТЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

Данная статья рассматривает основные аспекты общения специалиста фармации с покупателями и необходимость развития навыков общения и улаживания конфликтов. Приводится примерная схема общения с пациентом.

This article examines the main aspects of communication between pharmacists and customers and the necessity of developing communication skills and resolve conflicts. An approximate scheme of communication with the patient is given.

Ключевые слова: общение, коммуникативные навыки, фармация, конфликт.

Key words: communication, communication skills, pharmacy, conflict.

В настоящее время значимым компонентом успешной работы специалиста большинства отраслей является показатель сформированности на должном уровне коммуникативной компетенции, обеспечивающей возможность общения в социуме, способствующей получению необходимой информации и т.д.

Динамичные преобразования, происходящие в сфере обращения лекарственных средств, требуют от современного специалиста фармации постоянного совершенствования профессиональных навыков и умений, в частности умения общаться с посетителями аптеки, коллегами, медработниками.

За последнее время Всемирной Организацией Здравоохранения проведены мероприятия, в результате которых была определена особая роль фармацевтического специалиста в медицине и фармации. В 1988 году в столице Испании (Мадриде) состоялось Европейское региональное совещание на тему «Роли фармацевта в рознич-

ной и больничной аптеке», в результате которого были сделаны следующие заключения:

- врачи и фармацевты должны работать не отдельно, а вместе;
- требуются общие подходы к выбору лекарственных средств;
- провизоры и фармацевты играют одну из главных ролей в предоставлении информации пациенту о применении и побочных эффектах лекарственного средства;
- фармацевты должны помогать пропагандировать ЗОЖ [3].

Совершенно справедливо утверждение, что умение общаться, а именно коммуникативные навыки фармспециалиста, играют одну из ведущих ролей в профессиональной деятельности провизора наряду с высоким профессионализмом, грамотностью, внимательностью.

Понятие «коммуникативная компетентность» появилось в научной среде относительно недавно. Он используется во многих областях. В научной литературе существует множество определений и характеристик этого понятия [2].

Профессиональные качества провизоров и фармацевтов дают хорошие результаты при высоком уровне коммуникативных навыков [2].

Среди коммуникативных навыков фармацевтов и провизоров выделяют несколько групп:

- Знание языка и речевые умения, знания профессиональной терминологии;
- Техника общения;
- Умение использовать личностные коммуникативные свойства [2].

Знание языка и речевые умения — овладение речевыми нормами, терминологии специальности.

Техника общения — стандарты культурного поведения, этические и эстетические нормы в использовании средств коммуникативного взаимодействия.

Также коммуникативные способности провизора и фармацевта включают в себя:

- сформированные мотивы общения с пациентами;
- инициативность общения;
- самостоятельность;
- активность взаимодействия с пациентами;
- способность к эмоционально-оценочному реагированию;
- речевое умение [2].

Любое общение в аптеке начинается с предоставления помощи и услуг.

В данной работе провизору и фармацевту помогают знания техники общения, основных требований к личности фармацевта.

С целью оказания помощи пациенту существует следующая схема построения диалога:

- приветствие;
- выявление проблемы посетителя;
- обсуждение вариантов устранения проблемы;
- выбор наилучшего решения;
- отпуск лекарственного средства (или отказ от него);
- заключительные рекомендации по применению данного средства, информирование о побочных эффектах.

При этом не стоит забывать, что пациенты могут принадлежать к группам с повышенным риском применения лекарственных средств.

Фармацевты и провизоры должны обладать высокой профессиональной культурой общения, уметь найти индивидуальный подход [1, с. 90–98].

Приобретение необходимых знаний и умений по коммуникативным навыкам позволят повысить профессиональный уровень фармацевта [4, с. 67–69].

Надо также помнить о том, что в процессе реализации лекарственных средств могут возникнуть различные разногласия — споры и конфликты. Поэтому работник фарм. индустрии должен помнить о том, что терпение и доброжелательность обязательны.

В заключение можно сказать, что формирование и развитие коммуникативных навыков фармацевтических работников будет способствовать повышению уровня качества лекарственного обеспечения населения в наше время.

Литература

1. Методика оценки профессиональной компетенции фармацевтов // Материалы международной научно-практической интернет конференции.г. Харьков, 2015 год / Национальный фармацевтический университет.– Харьков : Ред.-изд. НФУ, 2015. — Текст : непосредственный.
2. Кашапов, М. М. Коммуникативная компетентность фармацевтических специалистов / М. М. Кашапов, О. В. Желтквич. — Текст :

- электронный // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. — 2018. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnaya-kompetentnost-farmatsevticheskikh-spetsialistov> (дата обращения: 17.03.2020).
3. Слюсар, О. И. Этические и деонтологические аспекты фармацевтической деятельности / О. И. Слюсар, М. Р. Абузарова, К. В. Алексеев, А. В. Погабало, Е. А. Федина. — Текст : электронный // Здоровье и образование в XXI веке. — 2017. — №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskie-i-deontologicheskie-aspekty-farmatsevticheskoy-deyatelnosti> (дата обращения: 19.03.2020).
 4. Умурзахова, Г. Ж. Стандарты фармацевтических услуг для потребителей аптечных организаций / Г. Ж. Умурзахова. — Текст : непосредственный // Наука и новые технологии. — Бишкек : Общество с ограниченной ответственностью Наука и новые технологии, 2010. — С. 67–69.

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

Н. Н. Кузьмина, врач функциональной диагностики

ГБУЗ ТО Городская клиническая больница №7, Тверь,
Российская Федерация

КОММУНИКАТИВНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – МЕДПЕРСОНАЛ»

Коммуникация в системе «врач — медперсонал» — это очень важная часть медицинского обслуживания. В данной статье описывается этот процесс, рассматриваются различные коммуникативные и этические аспекты, характеризующие взаимодействие врачей с медсестрами/фельдшерами.

Doctor-medical staff communication is a very important part of medical service. This article provides description of this process, considers various communicative and deontological aspects, which can characterize interaction of doctors and nurses/paramedics.

Ключевые слова: врач, медперсонал, медсестра, фельдшер, коммуникация, деонтология.

Key words: doctor, medical staff, nurse, paramedic, communication, deontology.

Общение — это многоплановый процесс развития контактов между людьми, играющий немаловажную роль в их жизни. Деятельность врача любой специальности напрямую связана с общением с людьми. Причем сюда относится не только общение с пациентами, но и взаимодействие с коллегами-врачами, а также с младшим и средним медперсоналом. Зачастую от успешности такого общения зависит как эффективность деятельности врача, так и качество оказания помощи пациенту.

Целью данной статьи является рассмотрение взаимоотношений внутри коллектива медработников, особое внимание при этом об-

ращается на коммуникативные и этические аспекты данных взаимодействий.

Взаимоотношения врача с коллегами и всем медицинским коллективом — это один из очень важных и трудных разделов медицинской этики или деонтологии. «Медицинская деонтология — это совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей» [1]. Согласно данным этическим нормам медработникам следует проявлять друг к другу терпимость и взаимоуважение, так как этого требуют интересы общего дела, также от этого зависит выполнение задач, стоящих перед коллективом, главной из которых, несомненно, является успешное излечение больного.

Выделим некоторые этические принципы взаимодействия врача со средним медперсоналом.

1. С медперсоналом у врача должны складываться исключительно деловые отношения, основанные на доверии, доброжелательности и взаимном уважении. В противном случае их совместная работа будет проходить в психологически тяжелых условиях постоянного стресса от взаимной настороженности, напряженности и недоверия, что отнюдь не способствует ее успеху.
2. Врач не должен допускать того, чтобы деловые отношения скатывались до панибратства. Как по отношению к врачу, так и по отношению к медперсоналу следует использовать обращение на «Вы» и по имени или имени-отчеству.
3. «Профессионализм отношений между врачом и медперсоналом в своей основе базируется на высокой требовательности врача к самому себе и, соответственно, к медперсоналу» [3]. Врач должен всегда быть начеку, контролировать и проверять работу медперсонала, пресекать халатность, невнимательность, недисциплинированность.
4. Врач должен быть требовательным к своим подчиненным, но не перегибать палку. Например, он обязан доходчиво объяснять медсестре, что и почему он от нее требует, а не просто «потому что мне так захотелось».
5. Врач не имеет права унижать медперсонал, особенно в присутствии больных или их родственников. Недопустимы грубость, фамильярность, высокомерное отношение. Разбор недостатков

и ошибок в работе медперсонала проводится наедине, без повышения голоса, тактично, но твердо.

6. Отдельным пунктом стоит выделить взаимоотношения врача и фельдшера при работе на бригаде скорой помощи. Специфика работы на скорой помощи предполагает ограниченность времени, стрессовые неотложные ситуации и неудобство места оказания помощи. «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» [2, с. 75]. При этом фельдшер должен неукоснительно соблюдать все команды врача, действовать быстро и слаженно, не отвлекаться.

Медперсонал, в свою очередь, также должен придерживаться некоторых принципов и норм взаимодействия с врачами. Обязанности среднего медперсонала должны быть четко регламентированы, они не пересекаются с обязанностями врача. Тем не менее они должны иметь возможность самостоятельно варьировать свое поведение в зависимости от ситуации, например, вовремя сообщить об изменении состояния больного или оказать ему помощь, если врач занят с другим пациентом. В идеале медсестра должна работать так, как будто она предугадывает последующие распоряжения врача, должно быть взаимопонимание без слов.

Но, к сожалению, в реальности не бывает все так гладко. Зачастую некоторые средние медработники пытаются переложить свою вину и недочеты в работе на своих коллег, что не только бросает тень на их собственную репутацию, но и внушает больному недоверие к проводимому лечению. Также не стоит обсуждать в присутствии больных или других медработников правильность лечения, которое назначил врач. А попытки медперсонала давать советы врачу, например, если по мнению медсестры врач молодой и не имеет достаточно опыта, обычно вообще приводят к конфликтам.

Теперь рассмотрим непосредственно процесс коммуникации между врачом и медперсоналом. Как уже было отмечено выше, при разговоре должно присутствовать обращение на «Вы», а также элементарные вежливые слова «спасибо» и «пожалуйста». Например: «Мария, введите, пожалуйста, внутривенно раствор магнезии 10 мл на разведении 10 мл раствора хлорида натрия медленно».

При высказывании критики следует сначала указать на то, что получается у человека хорошо, а уже затем в тактичной форме рассказать о недочетах и ошибках, которые впредь лучше не допускать. Например: «Инна Александровна, мне нравится как Вы работаете. Несмотря на то, что Вы работаете здесь недавно, у Вас отлично получается вводить лекарственные препараты и точно отмерять их дозировку. Однако, как показал вчерашний случай, проведение реанимационных мероприятий Вам пока удается недостаточно хорошо. Вам нужно больше тренироваться и не отвлекаться по мелочам».

Конечно, на подобную коммуникацию не всегда есть время. При неотложных ситуациях, когда нужно действовать очень быстро, врач может отдавать команды неполными предложениями, используя преимущественно повелительное наклонение. Например: «Укладываем его [пациента]! Дефибрилятор! Быстрее!»

Кроме того, нельзя не отметить, что коммуникация между врачом и медперсоналом изобилует различными профессиональными терминами. Поэтому как врач, так и медсестра/фельдшер должны в полной мере владеть специальной медицинской лексикой, чтобы это не вызывало у них недопонимания в процессе коммуникации.

Делая выводы из всего вышеизложенного, следует заметить, что врач полностью контролирует работу среднего медперсонала и отвечает за нее. В свою очередь медсестры и фельдшеры полностью подчиняются врачу и выполняют все его назначения. В коллективе должна быть субординация и в то же время уважительное отношение друг к другу. Только выполняя эти условия, можно оказать пациенту эффективную медицинскую помощь.

Литература

1. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ) : сайт / под ред. Петровского Б.В. — URL : http://бмэ.орг/index.php/ДЕОНТОЛОГИЯ_МЕДИЦИНСКАЯ (дата обращения: 25.02.2020). — Текст : электронный.
2. Захарова, Ю. В. Особенности коммуникации в системе «врач-пациент» в контексте оказания скорой медицинской помощи / Ю. В. Захарова, В. Б. Кузьмин. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 7-й Международ. науч.-практ. и образоват. конф. (11 апреля 2019 года) / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2019. — С. 75-78.

3. Орлова, И. И. Биомедицинская этика: учеб.-метод. пособие для самостоятельной работы студентов 1, 2 курсов всех факультетов медицинских вузов / И. И. Орлова. — Текст : электронный. — 2013. — 44 с. — URL : <https://lektsii.org/3-95693.html> (дата обращения: 28.02.2020).

И. Ю. Колесникова, д-р мед.наук, профессор
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ВЗАИМНЫЕ ОЖИДАНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

В статье обсуждаются ожидания врача и больного в отношении общения на приеме. Для врача важны четкость и последовательность изложения жалоб пациентом, наличие определенного архива предшествующих обследований. Для пациента значим не только детальный опрос, но и признание врачом существования проблемы, объяснения в доступной форме причин и возможных последствий заболевания, согласование дальнейшего плана действий.

The article discusses the doctor and patient expectations in relation to communication at the medical appointment. For the doctor a clear and consistent patient's complaints and a certain archive of previous examinations are important. The patient pays great attention to not only a detailed survey but also the doctor's recognition of the problem, an accessible form of explanation of the causes and possible disease consequences, and the coordination of a further action plan.

Ключевые слова: медицинский дискурс, ожидание, комплаенс.

Key words: medical discourse, expectation, compliance.

Жадность слушателя опережает речь рассказчика.

Ш. Бронте «Джен Эйр»

Напряженность ожидания от предстоящего общения у врача и пациента различна. Для врача это ежедневная рутинная работа, врач, в большей или меньшей степени, ориентирован, какие вопросы задавать, и какие варианты развития событий возможны (направление на дополнительные исследования, на консультацию, на госпитализацию и прочее). Для пациента посещение врача сопряжено с целым рядом вопросов и эмоций: как сказать? — сколько сказать? — «стучать краски», чтобы врач осознал всю серьезность проблемы? — улыбаться и «держаться бодрячком», чтобы не сочли нытиком или симулянтom? — что будет после беседы с врачом: удастся полностью поправиться или нет? — какой прогноз? Практически каждый больной перед плановым посещением врача «прокручивает в голове» различные сценарии будущего визита с различными исходами.

Многочисленные опросы, проведенные среди врачей, показали, что ожидания врачей по отношению к пациентам достаточно сходны. Врачебные пожелания сводятся к личной опрятности пациента, четкости и последовательности в изложении событий, точных ответов на поставленный вопрос. Исключительно положительное впечатление производит пациент, явившийся на прием «подготовленным»: с краткой записью о возникновении и развитии симптомов, о предшествующем лечении, с данными обследований, собранными в папку в хронологическом порядке, а также со списком вопросов. Это существенно упрощает сбор информации, экономит время врача, позволяет обсудить все важные для пациента аспекты.

Интересное наблюдение: пациенты чаще бывают довольны приемом в платной клинике, чем в бесплатной государственной больнице, оценивая первый как «более содержательный, качественный», а врача — как более внимательного и обстоятельного. При этом на платный прием пациенты чаще всего приходят с пресловутыми папками с обследованиями и списками симптомов, лекарств и вопросов. Свои деньги хочется потратить с максимальной пользой! Если бы наши пациенты так же готовились к визиту к своему участковому терапевту, эффективность работы последнего и удовлетворенность сторон друг другом могла бы быть значительно выше!

Медицинский дискурс является важнейшим компонентом лечебного процесса [1]. Огромной проблемой современной медицины становится низкий комплаенс, то есть неготовность больного к соблюдению врачебных рекомендаций. По данным ряда исследователей, важными причинами низкого комплаенса служат именно дискурсивные [2]. Это невозможность установления доверительного контакта между врачом и пациентом, недостаточное разъяснение непонятных моментов, низкий авторитет врача в глазах пациента, ведущий к обращению в Интернет-форумы, к народным и нетрадиционным целителям, то есть к тем людям, которые могут составить РЕАЛЬНУЮ КОНКУРЕНЦИЮ профессиональному медицинскому дискурсу. Что это значит? Они могут выслушать человека — принять точку зрения пациента — согласовать и реализовать с больным обоюдно приемлемую версию диагноза и лечения.

К сожалению, в медицинских вузах отсутствует такой практически важный предмет, во многом определяющий профессиональную

пригодность врача, как обучение правильной коммуникации с пациентом [3]. Большая часть выпускников — к счастью! — еще не имеет проблем с собственным здоровьем, поэтому «на своей шкуре» не испытывали тех эмоций и переживаний, которые «обрамляют» многие соматические заболевания. Получается, что шарлатаны от медицины зачастую управляют «медицинским» дискурсом более эффективно, чем профессиональные медики.

Думается, во многом это обусловлено разными целями дискурса. Врач, прежде всего, нацелен на установление диагноза, назначение диагностических и лечебных мероприятий, кроме того, обязан заполнить множество документов. В условиях реального дефицита времени это может приводить к недоучету эмоционально-личностных особенностей пациента, его ожиданий и тревог. Форумчани и «народные лекари» имеют не только больше времени, но и больше желания «нравиться» своим клиентам. Главное — они готовы выслушать и понять ОЖИДАНИЯ пациента, под которые и будут подстраиваться дальнейшие обследования и/или лечение. Следовательно, современному врачу очень важно понимать, чего именно ожидает пациент от врача.

В различных публикациях по проблеме медицинского дискурса нередко можно встретить малопригодные, а иногда и «вредные» советы. Так, врачу рекомендуют «постоянно поддерживать визуальный контакт», подбадривать больного: «ничего страшного», «никакой болезни у Вас нет», сравнивать с другими пациентами: «вот у Петра Ивановича намного хуже», «другие люди болеют намного тяжелее Вас».

За 12 минут провести опрос, объективный осмотр и заполнить медицинские документы, непрерывно глядя больному в глаза, невозможно. К слову, пациенты и не ждут этого от врача и, как правило, не обижаются, что во время беседы врач делает записи в карточке. А вот относительно «подбадриваний» и «сравнений» все не так безобидно. Ни один «знахарь» такого клиенту не скажет!

На самом деле, преуменьшение, девальвация жалоб пациента вызывает у последнего досаду, ощущение пренебрежительного отношения врача к его проблеме, предположение, что его визит неоправданный, что он напрасно тратит время врача и свое собственное и так далее. А может быть, врач просто не разобрался во всей

серьезности ситуации? Вдруг он «пропускает» серьезное заболевание, а через год будет уже слишком поздно? И, конечно, никто не любит сравнений с другими людьми, это психологически заведомо проигрышный ход.

Так каковы ожидания пациента в большинстве случаев?

Во-первых, что врач «активно» выслушает, задавая уточняющие вопросы и делая краткие обобщающие, резюмирующие реплики: «Боли в животе около месяца, а послабление стула и повышение температуры — последние 5 дней, верно?», «Раньше помогали но-шпа и мезим, а сейчас от них облегчения нет?». Также врач обязательно прочитает все документы, касающиеся предшествующего анамнеза больного.

Во-вторых, диагностический этап завершится формулировкой предварительного диагноза заболевания: «У Вас действительно есть веская (реальная) причина для Ваших симптомов (жалоб, нарушений и пр.), это гастрит (пневмония, пиелонефрит и прочее)». Пациент ожидает услышать от врача, что его жалобы обоснованы, что его обращение не вызывает у доктора недоумения или растерянности. Больному нужно, чтобы болезнь-«врага» назвали по имени, что врач понимает, какой процесс происходит в организме пациента. Пациент ждет понятных ему объяснений о возможных перспективах, необходимости дообследования, назначаемом лечении, возможности полностью или частично поправиться.

В-третьих, если ситуация не запущенная, врачу следует обязательно подчеркнуть адекватность своевременного визита: «Очень хорошо, что Вы обратились вовремя. Думаю, что мы с Вами после дообследования и лечения получим очень хорошие результаты».

Таким образом, ожидания большинства пациентов достаточно угадываемы: признание врачом проблемы, обозначение наиболее вероятных причин (болезни), создание совместного «плана действий» и акцентуация внимания больного на хорошем прогнозе — именно благодаря своевременному обращению.

Даже при тяжелых, малокурабельных заболеваниях пациент ожидает психологической поддержки со стороны врача. Наиболее действенным «противотревожным компонентом» медицинского дискурса в данной ситуации является максимально честное обсуждение реального положения дел с акцентированием внимания па-

циента на ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТАХ течения заболевания и, особенно, вариантах лечения. Врач подчеркивает, что серьезность заболевания сопряжена с ВОЗМОЖНОСТЬЮ неблагоприятных последствий и требует от врача и пациента максимально скоординированного взаимодействия.

Таким образом, ожидания врача и пациента могут быть удовлетворены в значительной степени даже в рамках рутинного амбулаторного приема. Пациенту следует продумать и упорядочить информацию о заболевании, приветствуются опрятность и вежливость. Врач должен признать беспокойство больного обоснованным, сформулировать наиболее вероятный предварительный диагноз и предложить варианты дальнейшего взаимодействия. Регулярные контакты с врачом, повышение грамотности и заинтересованности пациента, обсуждение и сотрудничество (контроль и коррекция терапии) с доктором являются основой работы «Школ пациентов». Последние демонстрируют существенное повышение комплаентности пациентов, страдающих хроническими заболеваниями — сахарным диабетом, бронхиальной астмой и другими [4].

Удовлетворенные ожидания пациента — это основа бесконфликтного общения и высокого комплаенса больного.

Литература

1. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Ленинград: Медицина, 1984. — 191 с. — Текст: непосредственный.
2. Кадыров, Р. В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. — Владивосток, 2014. — 74 с. — Текст: непосредственный.
3. Колесникова, И. Ю. О необходимости и возможностях формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов / И. Ю. Колесникова, Е. С. Мазур. — Текст: непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции. — Тверь, 2017. — С. 62–66.
4. Руководство для врачей / под ред. О. М. Лесняк. — Москва: ГЭОТАР-медиа, 2008. — 104 с. — Текст: непосредственный.

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

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

Н. О. Белова, канд. мед.наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Большое значение в системе паллиативной помощи имеет оказание психологической поддержки, как самому умирающему, так и его близким. В статье обсуждаются наиболее частые проблемы, с которыми сталкиваются врачи первичного звена: как эффективно и корректно передать больному и его родственникам информацию о неблагоприятном исходе заболевания и сделать так, чтобы пациент ощутил поддержку и сочувствие со стороны медицинского персонала.

The provision of psychological support both to the dying person and his relatives is of great importance in the system of palliative care. The article discusses the most common problems faced by primary care physicians: how to effectively and correctly convey information about the unpleasant prognosis of the disease to the patient and his relatives and how to make the patient feel the support and sympathy of the medical staff.

Ключевые слова: паллиативная помощь, врач общей практики (семейный врач), протокол SPIKES.

Key words: palliative care, general practitioner, SPIKES Protocol.

Паллиативная помощь является примером наиболее сложной с психологической точки зрения работы семейного врача. На участке врача общей практики обычно есть несколько пациентов, которые требуют от него постоянного напряжения душевных сил в связи с неизлечимой прогрессирующей патологией [2, 4]. Так, к заболеваниям, при которых невозможно излечение, относят злокачественные новообразования в терминальной стадии, тяжёлые нервно-мышечные нарушения, конечные стадии сердечной, дыхательной, почечной и печёночной недостаточности.

Определение пессимистического прогноза, диагностика терминального состояния всегда тягостны для медицинского работника,

которому приходится сообщать «плохие вести» самому пациенту и его родственникам. Выбрав неподходящее время или неправильные слова, можно усугубить и без того тяжелую ситуацию. Поэтому необходимо делать это корректно [3, 6].

Семейному врачу нужно знать, что есть простые правила, которые помогут снизить уровень стресса во время беседы с неизлечимым пациентом и его родственниками. В западных странах успешно применяется протокол, разработанный в качестве методических рекомендаций по обсуждению сложных вопросов с пациентами [5]. Протокол (SPIKES) включает шесть правил и служит основой при планировании консультаций такого рода.

S — (setting) обстановка. Очень важно создать комфортную обстановку для общения. Нельзя сообщать плохие новости «на бегу». Необходимо, чтобы беседа происходила в атмосфере конфиденциальности, в присутствии сопровождающих лиц, с согласия больного. Для результативного общения с неизлечимым пациентом врач должен использовать самые эффективные коммуникативные средства: обращение по имени, контактоустанавливающую мимику и жесты, готовность к терпеливому и внимательному выслушиванию тревог и опасений пациента.

P — (perception) восприятие. Врач должен постараться выяснить, что пациенту и/или его родственникам известно о текущем состоянии, и какой объем информации они хотели бы получить. Узнав о тяжелом недуге, человек находится в очень тяжелой психологической ситуации. Знание правды о своём неизлечимом заболевании изменяет отношение больного к самому себе, семейной жизни, друзьям и знакомым, а также отношение окружающих к нему. Поэтому не нужно сообщать информации больше, чем хочет услышать больной.

K — (knowledge) знание. После «предупреждения» врач сообщает пациенту конкретную информацию. Вслед за этим имеет смысл сделать паузу, чтобы больной смог осознать услышанное, собраться с мыслями и задать врачу возникшие вопросы. Вероятно, потребуется кратко повторить сказанное, чтобы у пациента появилась еще одна возможность проанализировать информацию. Важно знать, что современный пациент не довольствуется традиционно пассивной ролью, а проявляет стремление к активной коммуникации, желая быть услышанным и понятым врачом.

Е — (empathy) сочувствие. Врач должен продемонстрировать понимание, свое участие, показать готовность поддержать пациента. Страдания, принесённые страшными новостями, могут несколько смягчиться, если врач проявит сочувствие, затратит время, чтобы ответить на вопросы, а также заверит пациента в постоянной поддержке. Если пациент спрашивает, сколько он проживёт, не стоит называть точные сроки, так как можно ошибиться (на недели, месяцы, годы).

S — (summarise или strategise) краткое изложение или выработка стратегии. В завершающей части консультации важно четко описать дальнейшие действия, связанные с ведением пациента. Врач должен предоставить пациенту всю значимую информацию о его здоровье, шансах на выздоровление, возможных рисках в ходе лечения, выборе предполагаемых вариантов лечения. Необходим конкретный план, который нужно изложить. Нельзя завершать разговор с пациентом сообщением: «С Вами свяжутся!». Обязательно следует договориться с пациентом о следующей консультации, рассказать о специалистах, которые будут заниматься его лечением, о том, где еще он может получить помощь.

Дополнительное значение имеют правильная идентификация эмоций пациента для выбора адекватного способа реагирования и коррекции психоэмоционального состояния больного, который может быть подавлен, замкнут, или, напротив, возмущен, негативно настроен. Следует подчеркнуть, что особенно коммуникативно затрудненным является общение врачей с родственниками больных, страдающих от неизлечимых заболеваний. Несоблюдение протокола SPIKES вызывает эмоции высокой интенсивности, нередко гнев, непонимание и желание обвинить медицинских работников в халатном выполнении их должностных обязанностей. Возможным выходом из таких ситуаций является строгое пресечение попыток нарушить рациональную коммуникацию, выдержка, такт и терпение.

В лечении умирающего основную роль должен играть врач общей практики (семейный врач), хорошо знающий больного и его семью. Однако нередко такие больные лишены должного внимания: чувство вины и собственного бессилия, с одной стороны, и большая занятость врача — с другой, заставляют семейного врача избегать общения с неизлечимыми больными, хотя это недопустимо. Врач

должен стать близким человеком, помогающим больному жить, не теряя достоинства, удовлетворять свои физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности и испытывать последние радости. Семейный врач руководит лечением на дому, объединяет всех привлеченных к этому нелегкому делу людей: медицинских сестёр, социальных работников, священнослужителей.

Основной задачей оказания медицинской помощи в такой ситуации становится обеспечение адекватного обезболивания, эффективный уход за пациентом. Однако помимо лечения хронической боли, купирования синдромов, вызванных с неизлечимым заболеванием, при оказании комплексной помощи терминальным больным важнейшее место занимают методы психотерапии [1]:

1. *Психотерапия средой* подразумевает домашнюю обстановку, к которой привык человек. Рядом с больным могут быть домашние животные, вещи и предметы, которые ему дороги (фотографии, иконы, сувениры и так далее). Если пациент находится в больнице или хосписе, важно не ограничивать по времени посещения близких и родственников, создать обстановку, приближенную к «домашней».

2. *Терапия домашними животными* – очень важный вид терапии, поскольку эмоциональное тепло, которое животные (собаки, кошки и др.) дают человеку, несоизмеримо ни с каким другим источником эмоций.

3. *Арттерапия. Звукотерапия.* Картины, другие произведения искусства создают особый, возвышенный настрой и являются важным средством позитивного психотерапевтического воздействия на больного. Возможно прослушивание любимых музыкальных произведений, звуков природы (шум моря, пение птиц), которые успокоительно воздействуют на больного.

4. *Сказкотерапия и театротерапия* – нередко для больного именно модель «детского» поведения становится спасительной, она уводит от пугающих мыслей о смерти и позволяет «отключиться» от всего, с чем не справляется логика взрослого.

5. *Общение через образ, какой-либо сувенир, куклу, игрушку.* Любой предмет, изображающий или напоминающий человека или животное, дает больному ощущение тепла, семейной поддержки.

Не рекомендуется дома изолировать умирающего от близких, устанавливать ширмы, перегородки. Страх – главная психологичес-

кая проблема умирающего человека. Он боится неизвестности, его страшат предстоящие физические и душевные мучения, связанные с умиранием, прекращением жизни, он боится остаться в момент смерти один. Поэтому, когда семейный врач навещает умирающего, он должен вести себя, не только как врач, но и как гость или близкий друг [2]. Главенствующее место при консультации в данном случае занимает не принцип уважения автономии пациента, а реализация таких личностных качеств, как внимание, милосердие, сострадание.

С другой стороны, вред может нанести и гиперопека. Помощь необходимо оказывать, когда пациент ее ждёт и просит. Любое планируемое лечебное вмешательство требует информированного согласия между пациентом и врачом. Последние желания, какими бы странными они не казались, следует удовлетворять. При госпитализации в обычные больницы следует уделять большое внимание размещению умирающего в палате. Незадолго до смерти лучше изолировать терминального больного в отдельную палату, так как для остальных больных смерть — это огромное потрясение.

Таким образом, работники первичного звена здравоохранения должны обладать необходимыми знаниями и коммуникативными навыками, позволяющими улучшить качество жизни пациентов и их родственников, столкнувшимся с проблемами, связанными с неизлечимым заболеванием. Применение в практической деятельности протокола SPIKES, доступных психотерапевтических методик сможет повысить эффективность оказания паллиативной помощи на участках врачей общей практики и терапевтов

Литература

1. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь: пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А. В. Гнездилов. — Санкт-Петербург: Речь, 2002. — 162 с. — Текст: непосредственный.
2. Мёрта, Дж. Умиравший больной / Дж. Мёрта. — Текст: непосредственный // Мёрта Дж. Справочник врача общей практики / Дж. Мёрта; пер. с англ. — Москва: Практика, 1998. — Часть 1: Основы общей практики, Гл. 6. — С.45–51.
3. Rabow, M. W. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer / M. W. Rabow, S. J. McPhee // WestJMed., 1999; — 171(4):260–263.

4. A standardized low-cost peer role-playing training intervention improves medical student competency in communicating bad news to patients in Botswana / K. D. Westmoreland [et al.] // *PalliatSupportCare*. – 2019 Feb; 17(1):60–65. Epub 2018 Oct 17.
5. Teaching physicians how to break bad news. A 1-day workshop using standardized patients / V. U. Vaidya [et al.] // *Arch PediatrAdolesc Med* 1999; 153: 419–422.
6. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer / W. F. Baile [at al.] // *Oncologist*. – 2000; 5(4):302–311.

Д. А. Максимов, заведующий отделением № 4 ГБУЗ ТОКОД, аспирант

Е. В. Шепель, канд. мед.наук, врач-онколог

ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический онкологический
диспансер», Тверь, Российская Федерация

О. О. Сулейманова, студент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Злокачественные поражения молочной железы занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности у женщин. Оперативное вмешательство является сильным стрессом для человека. Необходимо уделять особое внимание коррекции психоэмоционального статуса на всех этапах противоопухолевого лечения.

Malignant lesions of the mammary gland occupy a leading position in the structure of morbidity and mortality in women. Surgery is a great stress for a person. It is necessary to pay special attention to the correction of psychoemotional status at all stages of antitumor treatment.

Ключевые слова: рак молочной железы, радикальная мастэктомия, радикальная резекция, психологический статус.

Key words: breast cancer, radical mastectomy, radical resection, psychological status.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) среди всех онкологических заболеваний занимает лидирующие позиции в структуре общей онкологической заболеваемости и занимает первое место в структуре онкопатологии у женщин. Согласно статистике, более 1 500 000 женщин по всему миру страдают от этой патологии. В течение последних 20 лет в мире, а также в России наметилась устойчивая тенденция к росту заболеваемости этим видом рака, особенно в городах и мегаполисах. [2] Лечение РМЖ всегда должно быть комплексным и включает в себя ряд мероприятий, таких как хирургическое вмешательство, гормональная, таргетная, лучевая терапии

[5]. Оперативное вмешательство является сильным стрессом для человека, что может неблагоприятно сказаться на течении и исходе заболевания. На характер протекания заболевания, лечения и восстановления большое влияние оказывают как эндогенные, так и экзогенные факторы, индивидуальные особенности ментальных реакций больного [1, 3].

Воздействие стрессорных факторов вызывает в организме стереотипную систему реакции, которая может иметь как адаптивный, так и неадаптивный характер. Взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов центральной нервной системы (ЦНС) обеспечивает реакцию организма на внешний раздражитель. При этом симпатическая нервная система в процессе реакции на стрессирующий фактор нередко дестабилизирует физиологические процессы, что приводит к изменению гомеостаза и переходу на новый, обычно менее физиологичный, уровень функционирования, сопоставимый с болезнью. Парасимпатическая нервная система более ответственна за процессы регуляции, необходимые для сохранения постоянства внутренней среды организма [4].

Цель исследования: Определить влияние психологических факторов и форм коррекции психологического статуса на течение раннего послеоперационного периода в зависимости от варианта первичного хирургического лечения пациенток с диагнозом «рак молочной железы».

Материалы и методы: В 2018 г. на базе отделения патологии молочной железы и кожи ГБУЗ ТО «ТОКОД» г. Твери проводилось исследование, в которое включались 80 пациенток с верифицированным диагнозом рак молочной железы I–II стадии с люминальным А и люминальным В подтипами опухоли, на первом этапе выполнялось хирургическое лечение. В основную группу были отобраны 40 пациенток в возрасте от 28 до 75 лет с диагнозом РМЖ I–II стадии с люминальным А и люминальным В подтипами опухоли, которым выполнялась органосохраняющая радикальная резекция молочной железы и радикальная мастэктомия по Маддену, а также была проведена психокоррекция. Сельских жителей из Тверской области было 21 (52,5 %), городских – 19 (47,5 %). Средний возраст (СВ) составил – 58,4.

- I стадия — 29 пациенток (72,5 %), СВ — 57,1; люминальный А подтип (58,62 %, n = 17), люминальный В (41,38 %, n = 12).
- II стадия — 11 пациенток (27,5 %), СВ — 57,9; люминальный А подтип 63,64 %, n = 7), люминальный В (36,36 %, n = 4).

Историческую группу сравнения составили 40 пациенток в возрасте от 29 до 77 лет, которым выполнена радикальная мастэктомия и радикальная резекция, психологическая помощь не оказывалась (лечение проводилось в период до внедрения технологии психологической поддержки). Сельских жителей из Тверской области было 23 (57,5 %), городских — 17 (42,5 %). Средний возраст (СВ) составил — 59,3.

- I стадия — 22 пациентки (55 %), СВ — 58,1; люминальный А подтип (59,1 %, n = 13), люминальный В (40,9 %, n = 9).
- II стадия — 18 пациенток (45 %), СВ — 58,8; люминальный А подтип (61,1 %, n = 11), люминальный В (38,9 %, n = 7).

В раннем послеоперационном периоде пациенты основной группы проходили сеансы групповой психотерапии. В психотерапевтической работе использовались методы эклектического консультирования, направленные на коррекцию фрустрирующих паттернов поведения и тренировки навыков экологичного ментального мышления с обучением методам психологической саморегуляции.

Коррекция производилась профессиональным клиническим психологом с многолетним стажем. Из исследования исключены пациенты с анемией, тромбоцитопенией, с гипертонической болезнью 2 стадии и выше, с аритмиями, ишемическими нарушениями миокарда, а также пациенты, получавшие неоадъювантную химиотерапию. Важным критерием включения в выборку являлось отсутствие значимой кровопотери (более 5 % объема циркулирующей крови) во время операции.

Психокоррекция производилась в три сеанса с интервалом 4–5 дней: на 3-и, 8-е и 12-е сутки после операции. Оценивались гемодинамика (среднее артериальное давление, пульс) — до (за 30 мин) и после (через 60 мин) каждого сеанса, для группы сравнения — трехкратные измерения в течении соответствующих суток после операции с определением усредненных значений; количественные параметры клинического анализа крови (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты, СОЭ) — на 1-е и на 14-е сутки

после операции – по завершению психокоррекции (для основной группы). Среднее артериальное давление определялось по формуле:

$AD_{cp} = (САД - ДАД)/3 + ДАД$, где САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое, АД ср. – среднее.

Важное значение предавалось обратной связи пациентов в виде многоэтапного анкетирования, отзывов лечащему врачу по ходу всего стационарного лечения и психологу по завершению каждого из сеансов. Субъективная качественная оценка психологического статуса пациентов способствовала пониманию природы выявленных изменений.

Результаты. В ходе исследования выяснилось, что пациенты группы сравнения после радикальной мастэктомии характеризовались более высоким исходным уровнем тревожности.

По-видимому, это отражалось на уровне АД и ЧСС, которые, в среднем были на 1,48 % выше в группе сравнения по отношению к основной группе. Кроме того, количество пациентов с исходным значением пульса выше 80 ударов в минуту в основной группе было 7 человек (17,5 % от всей группы), что в 2,28 раз меньше, чем в группе сравнения 16 (40,0 % от всей группы) (табл. 1).

Таблица 1

Параметры гемодинамики

Группа исследования:	Сеансы	АД среднее (мм рт. ст.)		ЧСС (уд./мин)	
		до сеанса	после сеанса	до сеанса	после сеанса
Основная	3-и сутки	82,6±2,7	86,2±2,7	78,6±9,8	89,2±9,9
	8-е сутки	78,8±3,1	75,1±2,1	64,8±6,8	65,9±8,2
	12-е сутки	72,7±2,3	73,1±2,4	63,7±8,3	64,2±7,6
Сравнения	3-и сутки	88,1±3,7		92,1±9,8	
	8-е сутки	78,2±2,6		67,2±8,4	
	12-е сутки	72,4±2,0		65,1±7,8	

Очевидным фактом является стрессорность операции как хирургической травмы для организма, сопровождающейся некоторой кровопотерей и последующей лимфореей, что находит свое отраже-

ние в гемодинамических и лабораторно-клинических показателях. Как видно из таблицы 1, в группе сравнения отмечена типичная симпатическая реакция на хирургическую травму и характерная динамика их нормализации. Так, боль в области раны и кровопотеря являются факторами, запускающими адаптивный ответ в виде умеренной тахикардии и гипертонии с тенденцией к нормализации по мере завершения компенсаторного гемопоэза и купирования болевого синдрома.

Однако в группе психологической коррекции отмечена закономерность. После 1-го сеанса психокоррекции определялось увеличение параметров гемодинамики: подъем среднего АД и ускорение ЧСС. Описанные явления могут быть связаны с фазностью психологического восприятия, преподнесенного во время психокоррекции материала. В последующем отмечена обратная закономерность — после завершения второго и третьего сеансов преобладает парасимпатическая функция вегетативной нервной системы: снижается среднее АД и ЧСС, меньше показатели тревожности.

Таблица 2

Параметры клинического анализа крови

Группа исследования	Этап исследования	Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	Гемоглобин (г/л)	Лейкоциты ($\times 10^9/л$)	Тромбоциты ($\times 10^9/л$)	СОЭ (мм/ч)
Основная	исходно	4,18 \pm 0,21	121,2 \pm 5,2	7,61 \pm 0,78	193,2 \pm 12,2	21,4 \pm 1,69
	на 1-е сутки	3,94 \pm 0,29	116,2 \pm 4,1	10,22 \pm 0,97	188,7 \pm 11,8	26,7 \pm 1,88
	на 14-е сутки	4,10 \pm 0,35	119,9 \pm 5,0	8,14 \pm 0,85	208,2 \pm 13,1	23,2 \pm 1,72
Сравнения	исходно	4,23 \pm 0,23	119,2 \pm 4,8	6,91 \pm 0,69	201,1 \pm 13,4	19,2 \pm 1,45
	на 1-е сутки	3,88 \pm 0,27	114,9 \pm 5,2	11,02 \pm 1,08	176,5 \pm 12,2	27,2 \pm 1,92
	на 14-е сутки	4,16 \pm 0,38	122,1 \pm 5,1	7,93 \pm 0,88	194,2 \pm 11,4	25,1 \pm 1,21

Как видно из таблицы 2, исходные и послеоперационные значения клинического анализа крови сопоставимы по обеим группам. Несмотря на известное влияние вегетативной нервной системы на гемо- и лейкопоэз, достоверных различий среди сравниваемых групп выявлено не было.

Выводы. Психологическая помощь, оказываемая пациентам с РМЖ, позволяет стабилизировать их психологический статус. В большей степени это актуально для пациентов, утратившим социально и гендерно значимый орган. Глубинное стремление женщин сохранить молочную железу и ухудшение качества жизни после ее утраты заставляет медицинскую науку и онкохирургическую практику находить абластически равнозначные варианты органосберегающих методов хирургического лечения рака молочной железы. Там, где это становится невозможным в силу тех или иных противопоказаний, психологическая поддержка приобретает особо важную роль.

Направленность на активность, несовместимая с ощущением обреченности, позитивно сказывается на преодолении фрустрирующих паттернов ситуации онкозаболевания. Систематичное применение саморегулятивных техник в катамнестическом периоде значительно снижает вероятность развития депрессивных синдромов и способствует повышению эмоционального благополучия личности.

Литература

1. Бассин, Ф. В. Проблема «бессознательного» (о неосознаваемых формах высшей нервной деятельности) / Ф. В. Бассин. — Москва: Медицина, 1968. — 468 с. — Текст : непосредственный.
2. Давыдов, М. И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель. — Москва: Издательская группа РОНЦ, 2014. — 24 с. — ISBN: 5-95340-183-3. — Текст : непосредственный.
3. Золтан, Я. Реконструкция женской молочной железы / Я. Золтан. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1989. — 204 с. — Текст : непосредственный.
4. Овсянников, В. Г. Патологическая физиология, типовые патологические процессы: учебное пособие / В. Г. Овсянников. — Ростов-на-Дону : Изд. Ростовского университета, 1987. — 192 с. — Текст : непосредственный.
5. Семиглазов, В. Ф. Рак молочной железы: биология, местное и системное лечение / В. Ф. Семиглазов, В. В. Семиглазов. — Москва : Специальное Издательство Медицинских Книг, 2014. — 352 с. — ISBN: 978-5-91894-038-9. — Текст : непосредственный.

Е. А. Мартикайнен, челюстно-лицевой хирург
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва,
Российская Федерация

Т. С. Мясникова, канд. филол. наук, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ, РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЙ ХИРУРГ – ПАЦИЕНТ»

В статье рассматриваются особенности коммуникации в системе «врач челюстно-лицевой, реконструктивно-пластический хирург — пациент». Авторы предприняли попытку проанализировать наиболее важные аспекты общения между врачом и пациентом с психологической и психолингвистической точек зрения.

The article reveals the features of the maxillofacial plastic and reconstructive surgeon — patient communication. The most important aspects of communication between the maxillofacial plastic and reconstructive surgeon and the patient are highlighted from psychological and psycholinguistic points of view.

Ключевые слова: врач челюстно-лицевой, реконструктивно-пластический хирург, пациент, коммуникация «врач челюстно-лицевой, реконструктивно-пластический хирург — пациент».

Keywords: maxillofacial plastic and reconstructive surgeon, patient, maxillofacial plastic and reconstructive surgeon — patient communication.

Безусловным является тот факт, что профессия врача подразумевает совершенное владение приемами и способами эффективно-го общения. Профессиональная успешность невозможна без коммуникативной компетентности специалиста. Под коммуникативной компетентностью стоит понимать интегративное, многоуровневое качество, во многом определяющее профессиональную деятельность врача, так как именно благодаря коммуникативной компетентности специалиста возможно устанавливать, поддерживать, направлять и развивать эффективные контакты как с пациентом, так и с его родственниками и прочими участниками социума [2], превращая, таким образом, коммуникативную компетентность в базовое качество необходимого комплаенса.

От того насколько грамотно выстроены межличностные отношения между врачом и пациентом во многом зависит эффективность самого лечения. Исследования последних лет показывают, что наиболее эффективными в плане достижения результата является пациент ориентированная коммуникация. Выстраивание отношений в подобном ключе не просто повышает приверженность лечению, но и значительно улучшает эмоциональное состояние пациента, что в свою очередь влияет на содержание и результат лечения.

Коммуникативная компетентность челюстно-лицевого, реконструктивно-пластического хирурга, как и любого другого врача, состоит из трех взаимосвязанных, взаимовлияющих, но одновременно и относительно самостоятельных уровней: 1) ценностного (базового); 2) содержательного; 3) операционного, технического или инструментального. Мотивация общения напрямую зависит от базового уровня, который влияет на формирование коммуникативных способностей, приобретение знаний, умений и навыков, чувственного и социального опыта в сфере делового, профессионального общения, что в совокупности оказывает влияние на процесс коммуникации, облегчая или затрудняя его. На втором, содержательном уровне происходит перевод врачебных задач в коммуникативные, на этом этапе врач может спрогнозировать коммуникативную ситуацию, в которой предстоит общение. Владение коммуникативными навыками и умениями позволяет программировать процесс общения, осуществляя управление им, что представляет собой суть инструментального уровня коммуникативной компетентности врача. Между общей и профессиональной коммуникативной компетентностью существует неразрывная связь. Профессиональная компетентность врача в целом и челюстно-лицевого, реконструктивно-пластического хирурга в частности всегда формируется на основании его общей коммуникативной компетентности. Профессиональная коммуникативная компетентность развивается на протяжении трудовой деятельности, определяя уровень успешности специалиста. В современной науке вопрос о взаимовлиянии общей и профессиональной коммуникативной компетентности является одним из наиболее сложных и актуальных и требует новых исследований [6]. Таким же значимым является вопрос о влиянии уровней компетентности на мотивацию и поведение [3].

Наиболее эффективная коммуникация между врачом челюстно-лицевым, реконструктивно-пластическим хирургом и пациентом подразумевает достижение целей общения с минимальным количеством затрат и установкой доверительных, доброжелательных отношений между участниками процесса общения [4]. Следует отметить, что осуществляя процесс коммуникации между врачом челюстно-лицевым, реконструктивно-пластическим хирургом и пациентом, следует руководствоваться базовыми правилами, определяющими успех процесса коммуникации в целом. Во-первых, информация, которую врач пытается донести до пациента должна быть представлена в максимально простом и доступном конкретному пациенту виде, при этом врачу стоит учитывать многочисленные особенности пациента: возраст, уровень образования и так далее. Усилия врача необходимо направить на преодоление большого количества семантических и личностных барьеров, которые могут возникнуть в процессе общения. Кроме того, чтобы не допустить неполного и неточного понимания, врачу во время общения с пациентом стоит избегать двусмысленности, неточности, без острой необходимости не использовать незнакомых пациенту слов и узкопрофессиональных терминов. Если же такая необходимость возникает, то следует разъяснять пациенту непонятную для него информация в целях поддержания доверительных отношений в обстановке с максимально низким уровнем напряженности. Во время общения с пациентом необходимо самым тщательным образом контролировать невербальные сигналы. Умело применяя весь широкий спектр средств невербальной коммуникации в сочетании с вербальными средствами, врач может достичь максимального эффекта во время общения с пациентом, передавать необходимую информацию, одновременно находить взаимопонимание, вырабатывая общий смысл, учитывая, что коммуникация – это всегда двусторонний процесс. Кроме того, устанавливая партнерские отношения с пациентом, врачу челюстно-лицевому хирургу следует учитывать мнение пациента, прислушиваться к нему, принимая в расчет его страхи и переживания. Правило активного и конструктивного слушания – залог успешной коммуникации между врачом и пациентом. Взаимопонимание во время коммуникативного процесса достигается, если между участниками (врач и пациент) присутствует обратная связь. Конечно, следует учитывать важность места и времен.

Эффективность любой коммуникации резко увеличивается при ее своевременности и выборе наиболее адекватной ситуации, в которой она реализуется.

Американский специалист по медицинской этике Р. Витч выделяет четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом:

1. Модель технического типа: врач ведёт себя как «сантехник, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими моральными вопросами».
2. Модель сакрального типа, возникающая как противовес первой модели, превращающая врача в «священника, который более заботится о душе, чем о теле».
3. Модель коллегиального типа предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели — ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Решающая роль принадлежит доверию. Эту модель ещё называют советательной, основанной на доверии и взаимном согласии. В случае низкого уровня компетенции пациента (невысокий образовательный уровень) модель коллегиального типа функционирует в виде интерпретационной модели (убеждающий врач).
4. Модель контрактного типа основана на контракте или соглашении. Она позволяет избежать отказа как от моральных норм со стороны врача (как в модели технического типа), так и от моральных ожиданий со стороны пациента (как в модели сакрального типа). Эта модель основана на информированном согласии пациента, и именно пациент в конечном счёте волен управлять своей судьбой. Модель контрактного типа ещё называют информационной, когда беспристрастный врач работает с полностью независимым пациентом [1].

Также следует отметить другие две модели взаимоотношений в системе врач — пациент.

1. Патерналистская модель — врач не только принимает на себя обязанности пациента, но и самостоятельно решает, в чем именно это благо состоит.
2. Автономная модель исходит из принципа автономии пациента, согласно которому вся врачебная деятельность строится на основе равноправного диалога с пациентом. Информировать пациента — обязанность врача (принцип информированного согласия) [5].

Врач и пациент являются равнозначными участниками лечебного процесса. Особенностью взаимоотношений врача челюстно-лицевого, реконструктивно-пластического хирурга и пациента заключается в том, что существует определенный уровень доверия и ответственности друг перед другом. Основной поток пациентов на приеме у врача составляют люди с различными группами инвалидности, перенесшие онкологическое лечение, травматические повреждения и другие. Реконструктивная хирургия подразумевает воссоздание утраченной части тела, восстановление эстетического и функционального потенциала. Существует определенный процент осложнений, лечение и реабилитация после которых, требует физического и морального участия врача и пациента. Перед проведением оперативного вмешательства происходит обсуждение возможных вариантов реконструкции, обсуждаются риски и результаты. Далее происходит совместное принятие решения, исходя от уровня здоровья, пожелания пациента и возможности хирургии. Процесс взаимодействия носит длительный характер, он требует постоянного обмена информации между участниками. На коммуникативный процесс при межличностном общении оказывает влияние степень открытости, доверия, предвзятости. Пациенты, нуждающиеся в реконструктивных операциях, имеют психологическую травму, связанную с их заболеванием. Помимо функциональных нарушений, таких как невозможность говорить, жевать и так далее, присутствуют эстетические комплексы. В современном мире внешность человека имеет большое значение. И, когда, у пациента откушен нос, ему трудно социализироваться в обществе.

Врач должен обладать тонким психологическим чутьем, уметь почувствовать психологические проблемы, найти подход к их решению. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. Технически оснащенный врач должен лечить и уметь разговаривать со своим пациентом.

Общение врача челюстно-лицевого, реконструктивно-пластического хирурга должно проводиться для выработки взаимопонимания и согласия по поводу лечебной тактики. Только при доверительном и внимательном отношении возможно достижение результатов реконструкции.

Литература

1. Биомедицинская этика: учебное пособие / Т. В. Мишаткина, Э. А. Фонотова, С. Д. Денисов [и др.]; под ред. Т. В. Мишаткиной; Международный государственный экологический университет имени А. Д. Сахарова. — Минск : МГЭУ им. А. Д. Сахарова, 2008. — 320 с. — Текст : непосредственный.
2. Васильева, Л. Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей / Л. Н. Васильева. — Текст : непосредственный // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. — 2009.— Т. 15, № 5. — С. 172-176.
3. Васильева, Л. Н. О формировании коммуникативной компетентности у будущих врачей / Л. Н. Васильева. — Текст : непосредственный // Динамика научных исследований: материалы VII международной конференции (07-15 июля 2011 года). — Przemysl: Nauka i studia, 2011. — № 15. — С.20-24.
4. Жуков, Ю. М. Диагностика и развитие компетентности в общении: практическое пособие / Ю. М. Жуков, Л. А. Петровская, П. В. Растянников; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, факультет психологии. — Киров: ЭНИОМ, 1991. — 94 с.: ил. — ISBN 5-87668-003. -Текст : непосредственный.
5. Сумрач, М. Ю. Коммуникационный процесс врач-пациент в современном здравоохранении / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко. — Текст : непосредственный // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2007. — №1. — С.198-201.
6. Яковлева, Н. В. Психологическая компетентность врача и ее формирование в процессе обучения в медвузе / Н. В. Яковлева. — Текст : непосредственный // Медицинские и социально-гигиенические аспекты работоспособности и здоровья населения. — Рязань : РГМУ им. И. Е. Павлова, 1994. — С. 25-27.

С. Ю. Нагаева, ассистент

М. В. Яковлева, аспирант

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В статье представлены данные об особенностях взаимоотношений в профессиональной деятельности врача и пациента с инфекционным заболеванием. Рассмотрены вопросы взаимодействия врача с родственниками больного, а также особенности психологической настроенности пациентов инфекционного профиля.

The article presents data on the features of the relationship in the professional activities of a doctor and a patient with an infectious disease. The article considers the issues of interaction between the doctor and the patient's relatives, as well as the peculiarities of the psychological mood of patients with infectious profile.

Ключевые слова: инфекционное заболевание, взаимодействие, психологический статус.

Key words: infectious disease, interaction, psychological status.

Инфекционные заболевания являются той областью медицины, в которой личный контакт пациента и врача играет очень важную роль в процессе лечения. Доверительное отношение больного позволяет врачу определить возможный путь заражения, поставить предварительный диагноз, оценить вероятность инфицирования контактных лиц, планировать противоэпидемические мероприятия в очаге. Обнаружение у больных инфекционного заболевания и необходимость госпитализации может вызывать чувства страха и вины из-за риска стать источником заражения своих близких. Также у больных с инфекциями при тяжелом течении заболевания, высокой контагиозности, сомнительном прогнозе нередко возникают острые стрессовые психопатологические реакции, напоминающие поведение людей в ситуациях массового стихийного бедствия. С другой стороны, пациент может не сообщать о своем заболевании окружающим, скрывать

факт болезни, пытаться лечиться самостоятельно, чем вредит не только своему здоровью, но и здоровью общества

Со всеми указанными проблемами система здравоохранения столкнулась в настоящее время — в период пандемии, вызванной новым вирусом *COVID-19*, который был впервые обнаружен в г. Ухань, Китайская Народная Республика, и в настоящее время продолжает распространяться во всех странах мира, в том числе, в Российской Федерации. *Эпидемия новой коронавирусной инфекции уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения.*

Безусловно, при массовой госпитализации тяжелых пациентов в период эпидемии внимание медиков, в первую очередь, приковано к их соматическому состоянию, при этом психологический статус больных закономерно отходит на второй план. Однако следует отдавать себе отчет в том, что психологическое состояние пациента при поступлении в отделение инфекционного профиля значительно отличается от соматических больных. Большая часть инфекционных пациентов поступает в стационар неохотно [1]. Важное место принадлежит опасению, что, поступив практически здоровым, можно в условиях «заразной» больницы инфицироваться другим заболеванием от соседей, через предметы ухода и др. Отрицательное отношение к госпитализации усугубляется также тем, что нередко она приводит к некоторым материальным потерям в связи с нетрудоспособностью.

Прием в инфекционный стационар предусматривает выполнение ряда совершенно необходимых деонтологических условий. При направлении больного в стационар врач доказывает необходимость госпитализации и старается снизить страх у больного и его родственников. Работа врача-инфекциониста построена таким образом, чтобы пациент получил квалифицированную медицинскую помощь в оптимальные сроки и был изолирован в тот период, когда он представляет опасность в эпидемическом отношении. Решение об отказе от госпитализации всегда принимается с чувством большой ответственности за возможное формирование нового эпидемического очага. Также при госпитализации больного в инфекционный стационар врач-инфекционист должен снизить страх и сомнения пациента в отношении внутрибольничного заражения путем проведения индивидуальных санитарно-просветительных и психотерапевтических бе-

сед. Всем больным разъясняется сущность инфекционных заболеваний, пути заражения и меры их профилактики. Наряду с этим проводится весь комплекс дезинфекционных мероприятий, включающий обработку дезинфицирующим раствором дверных ручек, кроватей, тумбочек, посуды больного, предметов ухода и др.

Внезапное развитие болезни, необходимость раннего этиотропного лечения, а также изоляция заболевшего при эпидемическом характере распространения определяют деонтологический подход к больным с инфекционными заболеваниями. Персонал инфекционных кабинетов и стационаров всегда должен учитывать, что заболевания инфекционной природы возникают у ранее совершенно здоровых людей, психологически не подготовленных к восприятию болезни. В таких случаях врачу-инфекционисту очень важно убедить пациента в необходимости срочной госпитализации, а также внушить, что комплексное, достаточно длительное стационарное лечение — это не только гарантия его выздоровления, но и залог сохранения здоровья родных и близких заболевшего.

Отдельного внимания заслуживает вопрос взаимоотношения лечащего врача и родственников больного. Оно предполагает приобщение их к борьбе за выздоровление пациента, а также попытки смягчить психотравмирующий эффект болезни в тех случаях, когда лечение неэффективно. При этом следует учитывать их реакцию на неблагоприятный исход заболевания, возможности и желание сотрудничать с врачами.

При выписке из инфекционного отделения с каждым пациентом обязательно проводится беседа о необходимости контроля за состоянием своего здоровья, выполнении рекомендаций лечащего врача и соблюдении правил личной гигиены. Выполнение санитарно-гигиенических требований не только обеспечивает успешное восстановление здоровья больного, но и ограждает от инфекционных заболеваний членов семьи больного, соседей и других членов общества.

Особое внимание следует уделить особенностям амбулаторного ведения пациентов с инфекционной патологией и организации их лечения в домашних условиях. В частности, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.03.2020 г. № 171 «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению

рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» утверждены Временный порядок организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения инфекционного заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19 и алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями [2].

При амбулаторном ведении таких больных особое значение приобретает взаимопонимание между лечащим врачом, пациентом и членами его семьи. С одной стороны, необходимо объяснить и самому больному, и члену семьи, ухаживающему за ним, все риски связанные с пребыванием пациента в домашних условиях, чтобы избежать несерьезного отношения к ситуации и снизить риск инфицирования других членов семьи. С другой стороны, необходимо убедить членов семьи в том, что при соблюдении всех мер предосторожности в процессе ухода за больным риск заражения для них минимален, и избежать тем самым превращения пациента в изгоя. Все это требует от врача навыков общения с людьми, далекими от медицины. Обороты речи должны быть простыми и понятными не специалистам, рекомендации — четкими и выполнимыми, сама беседа — уверенной и доброжелательной. Только основанная на доверии партнерская модель взаимоотношений может обеспечить необходимый комплаенс и безопасность окружающих в данной ситуации.

Тактика врача, его поведение должны корректироваться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания и особенностей психики.

1. Необходим индивидуальный подход при ведении пациента, учитывающий особенности его эмоционального реагирования, мотивацию к лечению и выбор психотерапевтической стратегии для улучшения психологического статуса.
2. Низкая мотивация к лечению и преодолению болезни сопряжена с высоким уровнем печали, враждебности и гнева, что побуждает пациента оценивать свою болезнь как катастрофу. Напротив, такие черты характера, как направленность на сотрудничество

ство, настойчивость, самонаправленность и зависимость от вознаграждения оказывают положительное влияние на мотивацию к лечению.

3. Высокий уровень терапевтического альянса (врач-инфекционист — клинический психолог — пациент) является положительным компонентом и повышает готовность пациента к действиям по преодолению болезни. Напротив, неадекватные действия больного человека могут наносить ущерб другим людям.
4. Необходимо учитывать уровень психологической зрелости пациента, который влияет на его готовность к действиям по преодолению болезни.

Таким, образом, умение найти индивидуальный, личностно-ориентированный подход к каждому больному с инфекционным заболеванием в значительной степени зависит от коммуникативной и ценностно-смысловой компетентности врача. Сотрудничество врача-инфекциониста и пациента является необходимым условием создания терапевтического альянса и успешного осуществления медицинской деятельности.

Литература

1. Зорин, К.В. Психология и педагогика сотрудничества врача и пациента инфекционного профиля / К.В. Зорин. — Текст : непосредственный // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. — 2016. — №3. — С. 30-34.
2. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 171 от 16.03.2020 г. — Текст : электронный. — Москва, 2020. — URL :<https://стопкоронавирус.рф/ofdoc/who/> (дата обращения 17.03. 2020).

3.

СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

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

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ЗАДАЧИ БИОЭТИКИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ В КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В статье анализируется феномен здорового образа жизни с точки зрения биоэтики. Указывается на важность формирования ответственного поведения будущих врачей при реализации концепции здорового образа жизни. Приведены результаты исследования субъективной оценки деятельности Тверского государственного медицинского университета по обеспечению здорового образа жизни.

The article analyzes the phenomenon of a healthy lifestyle in terms of bioethics. The importance of the responsible behavior forming in future doctors in the implementation of a healthy lifestyle concept is indicated. The subjective assessment study results of the activities of the Tver State Medical University to ensure a healthy lifestyle are presented.

Ключевые слова: биоэтика, здоровье, ответственность, врач, пациент.

Keywords: bioethics, health, responsibility, doctor, patient.

Биоэтика как междисциплинарная область знаний направлена на теоретическое осмысление такого сложного и социально значимого феномена, как здоровье. В обсуждение и решение проблемы формирования здорового образа жизни включены сегодня кроме медиков философы, социологи, психологи, юристы, теологи.

При реализации концепции здорового образа жизни определяющим условием является формирование у студентов социально ответственного поведения.

Ответственность нужно рассматривать как способность личности осознанно, селективно генерировать свою активность в заданной ситуации, а также управлять, контролировать её в определенном контексте.

Однако для участников медицинского взаимодействия концепт ответственности имеет разное измерение. Для пациентов ответственность есть акт осознания или рефлексии субъектом своего авторства по отношению к обстоятельствам, в которых он оказался, а также своей способности делать выбор и воздействовать на ситуацию, в которую он попал (в гносеологическом аспекте). А также, в аксиологическом, когда измерение ответственности раскрывает ценностное отношение субъекта к наличному и возможному. Содержание предмета ответственности обладает ценностным значением для субъекта, связано с его желаниями, потребностями и надеждами. Ответственность же медицинских работников идентифицируется, прежде всего, с моральными обязательствами.

В условиях социальной неопределённости биоэтика как социальный институт определяет педагогический вектор, который указывает на то, что не только врач, но и пациент должен принимать ответственные решения, касающиеся распознавания собственных желаний, удовлетворения своих потребностей, стремиться вести здоровый образ жизни. Структура биомедицинских установок позволяет социальному субъекту гибко и ответственно реагировать на сложную биоэтическую ситуацию.

Как учебная дисциплина биоэтика, используя инновационные формы обучения, обращаясь к моральной составляющей личности студента и к его осознанной оценке проблемы, развивает биоэтическое мышление, помогает будущему врачу определить моральные критерии ответственного поведения [1]. Основой для реализации ответственного выбора в клинической практике должно стать соблюдение принципа «уважения автономии личности» и базирующихся на нем правил «правдивости», «уважения неприкосновенности частной жизни», «конфиденциальности» и «добровольного информированного согласия».

Модальность биоэтики, как концепции процветания жизни, в условиях медицинской реальности предполагает формирование ответственности за свои действия у всех участников процесса: у врача, который исполняет свой врачебный долг и должен уметь оценивать показатели, характеризующие состояние здоровья населения во взаимосвязи с факторами среды обитания и условиями жизни, учебной и трудовой деятельности, неблагоприятно влияющими на

самочувствие людей, осуществлять индивидуальную и популяционную профилактику болезней, эффективно вести работу по медицинскому просвещению здоровых и больных [3].

Пациент как индивидуальный субъект, рефлексирующий своё «наличное бытие», свои экзистенциальные установки, должен ответственно принимать осознанные решения относительно своих желаний. Субъективизация здоровья в большей степени предполагает концептуальную рефлексию духовного здоровья, которая характеризует состояние субъективного благополучия, в котором отражена позитивная эмоциональная и когнитивная самооценка жизни [4]. Этическое сознание философа-биоэтика должно направлять его на ответственное решение задач, связанное с моральным исцелением человека и общества, с предлагаемыми рецептами достижения здоровья через упорядочивание отношений между моральными субъектами. Ответственность юристов сопряжена с правовым регулированием взаимоотношений субъектов, попадающих в биоэтическую ситуацию. Профессиональное медицинское сообщество, как коллективный субъект, несёт ответственность за биомедицинские критерии, правила, задающие оценки «излечимости», валидности и инвалидности человека и, в том числе, за мероприятия, создающие условия для сохранения здоровья людей. Преподаватели медицинских образовательных организаций высшего образования ответственны за внедрение здоровьесберегающих и оздоровительных технологий, пропаганду ценностей здорового образа жизни среди обучающихся.

Для иллюстрации данных мероприятий было проведено исследование субъективной оценки деятельности Тверского государственного медицинского университета (ТГМУ) по обеспечению здорового образа жизни.

Исследование проведено в 2011 году на базе лаборатории психодиагностики кафедры философии и психологии с курсами биоэтики, культурологии и истории Отечества ТГМУ под руководством заведующей кафедрой, доктора философских наук, профессора Е. А. Евстифеевой с использованием разработанной сотрудниками кафедры анкеты социологического опроса. В исследовании приняли участие 200 студентов, интернов и аспирантов всех факультетов, а также 84 сотрудника различных подразделений ТГМУ [2].

По результатам анкетирования большинство обучающихся (87,5 %) и сотрудников (95,2 %) считают, что в медицинском университете должна проводиться деятельность, направленная на сохранение здоровья сотрудников и обучающихся. Однако лишь половина обучающихся (56 %) и сотрудников (51,8 %) знает о мероприятиях, проводимых в ТГМУ в рамках концепции формирования здорового образа жизни. Кроме того, только 38,5 % обучающихся и 14,6 % сотрудников считают, что в рамках концепции формирования здорового образа жизни ТГМУ учтены все составляющие системы здорового образа жизни. По мнению респондентов, в системе здорового образа жизни ТГМУ учтены следующие составляющие: обучающиеся выделили осуществление контроля над курением (1 место), регулярное проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий (2 место) и развитие образовательных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни (3 место). Сотрудники также выделили осуществление контроля над курением (1 место), регулярное проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий (2 место) и здоровый режим работы и отдыха (3 место). В целом, субъективная оценка обучающихся и сотрудников в ТГМУ располагается в диапазоне «удовлетворительно» — «хорошо».

Исследование, проведённое нами в 2019 году, с участием 200 студентов третьего курса лечебного факультета показало, что в медицинском университете должна проводиться деятельность, направленная на сохранение здоровья сотрудников и обучающихся (так считают 87 % респондентов). Данные результаты полностью совпадают с показателями 2011 года. Вместе с тем, 69 % обучающихся информированы о мероприятиях, проводимых в ТГМУ в рамках концепции формирования здорового образа жизни. Кроме того, чуть больше половины обучающихся (55 %) считают, что в рамках концепции формирования здорового образа жизни ТГМУ учтены все составляющие системы здорового образа жизни. Студенты, опрошенные в 2019 году, на первое место среди учтенных составляющих в системе здорового образа жизни ТГМУ поставили регулярное проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий (2 место в 2011 году), а на второе место — осуществление контроля над курением (1 место в 2011 году). Развитие образовательных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранило третье место.

Субъективная оценка обучающихся ТГМУ, в целом, также располагается в диапазоне «удовлетворительно» – «хорошо».

Литература

1. Башилов, Р. Н. Основные задачи биоэтического образования на опыте Тверского государственного медицинского университета / Р. Н. Башилов, С. Ф. Башилова. — Текст: непосредственный // Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием (2 декабря 2016 года). — Витебск, 2016. — С. 227-230.
2. Башилов, Р. Н. Роль биоэтики как социального института при формировании здорового образа жизни / Р. Н. Башилов, С. М. Башилова. — Текст: непосредственный // Философские проблемы биологии и медицины: материалы 10-й научно-практической конференции. — Москва, 2015. — С. 113-115.
3. Деонтология в профилактической медицине: научно-исторические основы, вызовы современности и пути решения / Н. И. Брико, П. И. Мельниченко, В. Р. Кучма [и др.]. — Текст: непосредственный // Гигиена и санитария. — 2018. Т. 97, №5. — С. 389–395.
4. Павлова, М. А. К постановке философской проблемы здорового образа жизни / М. А. Павлова. Текст: непосредственный // Вестник Поволжской академии государственной службы. — 2010. — №3(24). — С. 201-206.

В. В. Буланов, д-р. филос. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская федерация

ВОЛЯ К СУБЪЕКТНОСТИ В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Автор статьи доказывает, что теперь наступает эпоха последнего человека. Автор полагает, что эта реализация прогноза Ф. Ницше согласуется с постмодернистской концепцией смерти субъекта. Автор приходит к выводу, что медицинский дискурс должен исчезнуть на протяжении эпохи последнего человека. Автор вводит концепт воля к субъектности, чтобы спасти медицинский дискурс.

The author of article proves it is coming the epoch of last man now. The author thinks this realization of Nietzsche's prognosis correlates with postmodernist conception of death of subject. The author comes to conclusion medical discourse will disappear during the epoch of last man. The author introduces the concept of will to being as subject to safe medical discourse.

Ключевые слова: врач, пациент, смерть субъекта, последний человек, медицинский дискурс.

Key words: doctor, patient, death of subject, last man, medical discourse.

Более века назад немецкий философ Ф. Ницше предвидел наступления эпохи последнего человека, эпохи, когда все люди, не отправившиеся в добровольную самоизоляцию из-за своей ненормальности, будут набор признаков, свидетельствующий об отсутствии в них характерных субъекта. Иными словами, последний человек:

- не является субъектом в психологическом смысле, потому что он уже не может презирать самого себя, не обладает способностью к критической саморефлексии;
- не является субъектом в культурном смысле, так как не обладает творческой способностью;
- не является субъектом в социальном смысле, потому что избегает выполнения любых общественно значимых функций из-за непереносимости хлопот и связанной с ними ответственности [5, с. 12–13].

Прогноз о наступлении эпохи последнего человека явно согласуется с постмодернистской концепцией «смерти субъекта». В соответствии с ней теперь неправомерно говорить о человеке как о субъекте, потому что современный человек — это:

- противоречивое сочетание «желающей машины» (совокупности мотивов, привычек и стремлений, неявно навязанных обществом) и «тела без органов» (набора неосознанных физиологических и психических процессов и побуждений) (по Ж. Делёзу и Ф. Гваттари) [3, с. 22–24]. Такой человек не имеет сущностной цельности, необходимой для проведения критической само-рефлексии;
- объект постоянного воздействия со стороны множества симулякров (двойников, подменяющих собой подлинники), метастазирование которых лишило людей возможности однозначно оценивать что-либо, обрекло их на пассивное восприятие окружающего мира (согласно Ж. Бодрийяру) [1, с. 10–11; 2, с. 12]. Тем самым люди лишились ранее присущей им творческой способности, ввиду того, что творчество невозможно без самостоятельного осмысления и оценивания;
- член общества, утративший веру в обоснованность социальных норм и требований, воспринимающий их либо как проявление властных претензий дискурсов (для М. Фуко) [6], либо как последствия необоснованных притязаний авторов метанарративов (любых теорий и концепций, пытающихся убедить всех людей в чем-либо) на универсальную значимость их объяснения тех или иных аспектов социокультурной действительности (для Ж.-Ф. Лиотара) [4, с. 10–11].

Получается, что постмодернисты, констатируя смерть человека как субъекта, неявно содействуют наступлению эпохи последнего человека. То есть они фактически побуждают всех своих читателей:

- принять как норму отказ от самокритики (и, соответственно, неприятие критики в свой адрес) (соглашаясь с аргументацией Ж. Делёза и Ф. Гваттари);
- отказ от стремления к созиданию чего-то нового (следуя позиции М. Фуко);
- отказ от принятия на себя ответственности за социально значимое поведение (в духе Ж.-Ф. Лиотара).

В человеке, который одобрительно воспринимает такие призывы, в психологическом, культурном и социальном смысле произошла «смерть субъекта». А как он выглядит, если его характерные черты проанализировать в контексте медицинского дискурса?

Несложно понять, что в качестве врача человек со «смертью субъекта» будет профессионально непригоден, а в качестве пациента — недееспособен — ввиду собственной безответственности и самоуверенности. Иными словами, тогда врач не сумеет правильно лечить пациента, а пациент — эффективно сотрудничать с врачом в своём лечении. Тем самым наступление «смерти субъекта» во всех людях (то есть начало эпохи последнего человека) обрекает на неизбежное исчезновение весь медицинский дискурс.

Сохранить медицинский дискурс можно путём предотвращения тотальной «смерти субъекта» нахождением мотива, который препятствовал бы превращению врачей и пациентов в последних людей. Как видится, этим мотивом является «воля к субъектности».

Данное словосочетание используется впервые, однако соединение существительного «воля» и предлога «к» не ново: Ф. Ницше писал о воле к власти, В. Франкл — о воле к смыслу, М. Фуко — о воле к знанию. Если это так, то и введение концепта «воля к субъектности» допустимо. Под волей к субъектности понимается стремление заслужить право называться субъектом. Сейчас, когда популярна убедительная концепция «смерти субъекта», каждый человек, если он хочет себя уважать, ещё должен доказать, в первую очередь самому себе, что он — субъект.

Понять сущность воли к субъектности можно, исходя из того, что она противоположна согласию на приятие «смерти субъекта». Как видится, человек с волей к субъектности стремится соответствовать представлению о субъекте, причём и в психологическом, и в культурном, и в социальном аспекте. Воля к субъектности предполагает одновременно желания:

- добиться той степени психосоматической цельности человека, которая позволяет ему самостоятельно и целенаправленно действовать (психологический аспект);
- обеспечить автономию человека от воздействия симулякров при осмыслении и оценивании окружающей действительности (культурный аспект);

– обрести компромисс между ответственным выполнением социальных норм и неприятием манипуляции со стороны дискурсов и диктата со стороны метанарративов (социальный аспект).

Что же касается основных проявлений воли к субъектности в людях, причастных проблемному полю медицинского дискурса, то они таковы:

- умение сжато формулировать диагноз болезни (врачу) или её симптому (пациенту);
- умение критически относиться к оценочным суждениям, высказываемым непрофессионалами, относительно эффективности стратегий лечения болезни или лекарственных препаратов;
- обладание способностью учитывать рекомендации по лечению пациентов, он не воспринимать их как универсальные и единственно возможные.

Как же воспитывать волю к субъектности? Думаю, это будет не сложно делать, если не забывать правоту следующего обращения Ницше к своему читателю: «Свободным называешь ты себя? ...Из тех ли ты, кто имеет право сбросить ярмо с себя? ... можешь ли ты дать себе своё добро и своё зло и навесить на себя свою волю, как закон? Можешь ли ты быть сам своим судьей ... ?» [5, с. 54]. Тот человек, который захотел когда-нибудь суметь ответить положительно на все эти вопросы, уже начал воспитывать в себе волю к субъектности. И тем самым вносить свой вклад в спасение медицинского дискурса от исчезновения.

Литература

1. Бодрийяр, Ж. Прозрачность зла / Ж. Бодрийяр. — Москва : Добросвет, 2006. — 258 с. — ISBN-5-98227-169-1. — Текст : непосредственный.
2. Бодрийяр, Ж. Симулякры и симуляции / Ж. Бодрийяр. — Москва: ПОСТУМ, 2018. — 240 с. — ISBN- 978-5-99800-028-5 — Текст : непосредственный.
3. Делёз, Ж. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения / Ж. Делёз, Ф. Гваттари. — Екатеринбург : У-Фактория, 2007. — 672 с. — ISBN-9785975701923 — Текст : непосредственный.
4. Лиотар, Ж.-Ф. Состояние постмодерна / Ж.-Ф. Лиотар. — Санкт-Петербург : Алетейя, 1998. — 160 с.— ISBN-5-89329-107-7 — Текст : непосредственный.

5. Ницше, Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого / Ф. Ницше // Ницше Ф. Так говорил Заратустра; К генеалогии морали; Рождение трагедии, или Эллинство и пессимизм: Сборник. — Минск : ООО «Попурри», 2001. — С. 3-297. — Текст: непосредственный.
6. Фуко, М. Порядок дискурса / М. Фуко // Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет — Текст : непосредственный. — Москва : Кастиль, 1996. — С. 48-95.

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

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

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ПРОБЛЕМА КЛИПОВОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

К основным характеристикам клипового мышления относятся: конкретность мышления, фрагментарность восприятия, алогичность, лабильность, неспособность выделить главное, провести взаимосвязь явлений. Для адаптации клип-мышления к более продуктивному усвоению знаний у студентов необходимо правильно организовать учебный процесс с использованием письменного и вербального дискурса, развивать у студентов навыки аналитического, понятийного, интегрального и дифференцированного мышления, важные для усвоения знаний и применения их в будущей профессиональной деятельности.

The main characteristics of clip thinking include: concreteness of thinking, fragmentary perception, illogicality, lability, inability to identify the main thing, to conduct the relationship of phenomena. To adapt clip-thinking to more productive learning of students "knowledge, it is necessary to properly organize the educational process with the use of written and verbal discourse, to develop students" analytical, conceptual, integral and differentiated thinking skills that are important for learning knowledge and applying it in future professional activities.

Key words: clip-thinking, ways of thinking, tasks of the teacher.

Ключевые слова: клип-мышление, способы мышления, задачи преподавателя.

В 2000-х годах преподаватели вузов [1, с. 707; 2, с. 112; 3, с. 5; 4, с. 92] столкнулись с проблемой клипового мышления у студентов. К основным характеристикам клипового мышления относятся: конкретность мышления, фрагментарность (отсутствие целостного восприятия), алогичность, лабильность, неспособность выделить главное, провести взаимосвязь явлений [1, с. 708; 2, с. 113; 5, с. 3]. Не обошла эта проблема и медицинские образовательные учреждения.

Феномен клипового мышления вошел в нашу жизнь, когда под влиянием глобальной информатизации, телевидения и компьютеризации у современной молодежи сформировался новый тип мышления — «клиповый». Отношение к этому феномену неоднозначное. Общим является то, что к нему надо адаптироваться и направить в нужное образовательное русло. Для этого необходимо выделить положительные и отрицательные черты клипового мышления.

К положительным сторонам этого процесса относится то, что люди, обладающие клиповым мышлением, быстрее реагируют на любые стимулы и изменения, то есть клип-мышление ускоряет реакцию ответа. Второй положительной чертой является то, что мы живем в век информационных технологий, и от клип-мышлением мозг защищается от потока информации, информационной перегрузки. Третьей чертой является то, что современная молодежь одновременно может заниматься многими делами: слушать музыку, решать задачу, общаться в интернете, смотреть фильм и т.д., то есть обладают многозадачностью, решают в одно и то же время несколько задач.

Клиповое мышление имеет отрицательные стороны, во-первых, современные студенты не способны долго концентрироваться на информации, у них снижается способность к анализу. Во-вторых, падает способность к сопереживанию, в-третьих, снижается уровень успеваемости и усвоения знаний, у студентов отсутствует понимание смысла прочитанного, они плохо понимают чужие мысли, не могут написать изложение, осилить классическую литературу (по данным исследований, усвоение пройденного материала составляет 10%). В-четвертых, современный молодой человек становится податливым к манипуляциям и чужому влиянию (теряется здравый смысл, способность к анализу и осмысливанию ситуации).

Способ мышления чрезвычайно важен для студента, от него зависит успешность, карьера, поэтому ему важно научиться анализировать, выделять главное, принимать самостоятельно решения, то есть необходимо иметь продолжительное мышление и высокий объем внимания, последовательность действий. Как раз эти факторы отсутствуют у современного студента. В связи с этим, студента необходимо научить пользоваться и развивать интегральное и аналитическое мышление.

Интегральное мышление — это видение объекта, предмета со всех сторон (полностью), одновременное видение многих процессов, восстановление и объединение разрозненных частей в единое целое. Одним словом — это системно-целостное мышление. На этой основе формируется системное мышление, при котором все знания располагаются организованно (системно), и все его составные части взаимосвязаны и представляют собой единое целое. Аналитическое мышление отвечает за логический анализ и синтез информации, сравнение знаний, позволяет систематизировать данные, позволяет взвешивать преимущества и недостатки, во всем видеть закономерности, лучше понимать, запоминать и усваивать информацию, делать выводы, принимать решения. Аналитическое мышление позволяет работать с фактами, быстро реагировать при решении трудных задач и быстро принимать решение, при этом разделять достижение целей на этапы. Аналитические навыки необходимы будущему доктору — это умение говорить простыми словами, быстро находить решение в любой ситуации, аргументировать постановку диагноза. В этом случае, чем быстрее пройдет анализ данных, тем быстрее будет готово решение задачи. В обучении студентов необходимо применять и развивать образное мышление, которое помогает образам возникать в сознании в виде картинки и дает дополнительную информацию при решении проблемы или задачи, позволяет добавить недостающие элементы в решение или ее преобразовать.

В медицинском вузе [4, с.93; 5, с.4; 6, с.272] технологически осуществляется дифференцированный подход в обучении, специализации учебного процесса для различных групп обучаемых, частью его является коллективное и индивидуальное обучение при решении ситуационных задач, разборе историй болезни, амбулаторных карт, и др. При этом каждому студенту важно тренировать память, обладать вниманием, иметь воображение и смочь воспроизвести пройденный материал. Этому не способствует клиповое мышление: обрывки информации и образов не требуют анализа и осмысления. Только правильная организация обучения способствует формированию различных видов мышления. Для достижения этой цели необходима ранняя профориентация студентов медицинских вузов и более ранняя их специализация, что способствует углублению знаний вместо их широты и разбросанности.

Студентам для формирования интегрального мышления нужно осваивать учебный материал от частного к общему, а для аналитического мышления от общего к частному. Перед преподавателями медицинских вузов стоит несколько основных задач, решая которые важно уметь использовать вербальный и письменный дискурс [3, с. 5; 5, с. 4; 6, с. 272] для адаптации клип-мышления к более продуктивному усвоению знаний у студентов и развитию у них других видов мышления, в частности, клинического мышления.

Во-первых, преподавателю необходимо структурировать учебный материал и подавать информацию в виде клипов, применять яркие презентации, понятные формулировки, так, чтобы они легко запоминались, ассоциировались с определенными образами. Визуализация, ассоциативность, краткость и постоянное обновление учебной информации позволяют улучшить профессиональную подготовку студентов [1, с. 709; 2, с. 115]. Во-вторых, важно научить студентов последовательно мыслить, при этом преподавателю [5, с. 4; 6, с. 273] необходимо широко применять активные методы обучения: мозговой штурм, дебаты, форум, круглый стол и т.д. Современные технологии позволяют развить у студента с клиповым мышлением навыки использования аналитического и понятийного мышления, способность к классификации информации (земская), способность к обсуждению. В-третьих, преподавателю важно научить студента фильтровать информационный «мусор», выделять ключевые моменты, извлекать необходимую информацию, анализировать, осмысливать и рационально применять ее в профессиональной практике.

Таким образом, проблема клипового мышления у студентов медицинских вузов не должна быть препятствием для обучения, необходимо использовать его положительные стороны и путем правильной организации учебного процесса с использованием письменного и вербального дискурса развивать у студентов навыки аналитического, понятийного, интегрального и дифференцированного мышления, необходимые для усвоения знаний и применения их в будущей профессиональной деятельности.

Литература

1. Ашихмина, Т. В. Методы обучения студентов, обладающих клиповым мышлением / Т.В Ашихмина. — Текст : непосредственный //

- Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 17. – С. 706-710.
2. Клигуненко, Е. Н. Клиповое мышление в анестезиологии: катастрофа или закономерность / Е. Н. Клигуненко, В. В. Ехалов, Е. А. Куш, О. В. Кравец, О. И. Гайдук. – Текст : непосредственный // Медицина неотложных состояний. – 2019. – Том 96, №3. – С. 111-120.
 3. Мамина, Р. И. Текстовая культура в условиях современной информационной цивилизации / Р. И. Мамина, Л. С. Московчук. – Текст : непосредственный // Библиосфера. – 2015. Т 4, №4. – С. 3-8.
 4. Сбродов, В. В. Разноуровневое дифференцированное обучение / В. В. Сбродов, О. И. Иваненко, Т. И. Рыбкина. – Текст : непосредственный // Успехи химии и химической технологии. – 2008. – Т1, № 1 – С. 92-96.
 5. Семеновских, Т. В. Феномен «клипового мышления» в образовательной вузовской среде / Т.В. Семеновских. – Текст : электронный // «Наукovedение»: интернет-журнал – 2014. – Том 24, №5 – 2014. – №5 (24). – URL : <http://naukovedenie.ru/PDF/105PVN514.pdf> (дата обращения: 12.01.2020).
 6. Старицына, О. А. Клиповое мышление VS образование. Кто виноват и что делать? / О.А. Старицына – Текст : непосредственный // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2018 – Том 7, №2. – С. 270-275.

Л. Н. Коричкина, д-р мед.наук, профессор
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

Л. С. Клейменова, преподаватель
МУП СОШ №14, г. Мытищи, Московская область,
Российская Федерация

Л. Н. Аль-Гальбан, студентка
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

СОВРЕМЕННЫЙ СТУДЕНТ – ЭЛЕКТРОННАЯ ЛИЧНОСТЬ

Современный студент — электронная личность, легко пользующаяся услугами интернета и возможностями компьютера. При этом он испытывает проблемы с письменным и вербальным дискурсом и не всегда может построить диалог с преподавателем и больным. Задача преподавателя состоит в том, чтобы научить студента последовательному мышлению с использованием в презентации лекций клипов-образов, анимированных картинок, которые будут способствовать когнитивному мышлению у студентов. При этом, обучающийся должен научиться собирать информацию, планировать свои действия, их анализировать и всегда достигать конечной цели.

A modern student is an electronic person who easily uses the Internet and computer capabilities. At the same time, he has problems with written and verbal discourse, and can not always build a dialogue with the teacher and the patient. The task of the teacher is to teach the student sequential thinking using clips-images, animated images in the presentation of lectures that will promote cognitive thinking in students. At the same time, the student must learn to collect information, plan their actions, analyze them and always achieve the final goal.

Ключевые слова: современный студент, электронные носители, клиповое мышление.

Key words: modern student, electronic media, clip thinking.

Преподаватели высшей и средней школы при обучении современной молодежи обращают внимание на то, что школьники и студенты плохо читают, плохо пересказывают прочитанный материал, не могут осмыслить большую по объему информацию и воспроиз-

вести ее. Кроме того, они имеют ограниченный лексический запас, не только не знают, но и не понимают значение многих слов [1, с. 320]. В большей части они обладают плохой памятью, рассеянным вниманием. Преподаватели часто сложно длительно удержать интерес и внимание обучающихся к изучаемой теме. Все вышесказанное обусловлено клип-мышлением современного молодого человека [2, с. 154; 3, с. 67]. Развитию подобного явления способствовало широкое распространение электронных носителей (телефоны, ноутбуки, планшеты, стационарные компьютеры и т.д.), с которыми знакомы все дети с раннего дошкольного возраста. Общение с гаджетами часто во многих семьях заменяет детям родительское воспитание и приводит к тому, что большую часть времени, ребенок не разговаривает с родителями, а при любой проблеме начинает поиск ее решения в интернете, в котором информация дается клипами, отрывками, не рассматривается в целостности. При работе с электронным носителем перед обучающимся открывается экран, который предоставляет картинку, кусок-отрывок знания, посмотрел-полистал, переключился на другую информацию, не построив причинно-следственную связь, не совершив мыслительный процесс. Так формируется клип-мышление.

Большую роль в развитии клипового мышления играют также тестовые задания по предметам как в школе, так и в вузе, при работе с которыми происходит быстрая смена разрозненных знаний от одного тестового задания к другому. Часто сами задания построены либо в вопросно-ответной, либо в утвердительной формах, дающих возможность ответить без осмысления приобретенного ранее знания. Развивается порочный круг с задействованием краткосрочной памяти, выучил — забыл, не повторил — забыл навсегда. Долговременная память не получает должного развития, концентрации внимания не происходит, анализ и синтез знаний отсутствует. Аналитическое и понятийное мышление не развивается.

Кроме того, все современные инновационные технологии, применяемые в школе и вузе, направлены именно на развитие клип-мышления [4, с. 7; 5, с. 2; 6, с. 290]. В настоящее время для лучшего обзора и краткости преподнесения информации широко используются презентации, построенные стилем плаката, клипа или рекламы. Длительное объяснение с привлечением причинно-следствен-

ной связи многих процессов уже не используется в лекционном материале презентаций. В связи с этим, перед преподавателем стоит задача обучить студента переработке информации с применением мыслительных операций, таких как анализ-синтез, обобщение-классификация, конкретизация-абстрагирование, сходство-различие и т.д., другими словами, надо заставить его мозг работать.

В первую очередь необходимо мотивировать студента на применение логического, интегрального и образного мышления при просмотре различных информационных клипов [3, с. 68; 5, с. 3]. В данном случае необходимо строить обучающий дискурс преподавателя со студентом, снабжая презентации краткими понятными объяснениями с привлечением нужной терминологии по специальности. При таком подходе картинки и речь преподавателя будут построены наглядно-логически и приниматься взаимосвязано, т.е. ассоциативно-интегрально.

Естественно, каждый преподаватель работает в своем ключе и может сформировать логическое мышление или ассоциативное у обучающегося, применяя различные методы. Но важно именно дополнять, развивать клип-мышление современного обучающегося, не искоренять его. Преподаватель должен использовать положительные черты клип-мышления, учиться работать с информационными структурами и шагать в ногу со временем.

В медицинской школе, кроме основных типов мышления, необходимо развивать у студента мышление по аналогии. В медицинской сфере это значит — один раз увидел симптом или симптомокомплекс, диагностировал болезнь, запомнил, приобрел нужный навык в своей деятельности. Следовательно, в следующий раз увидел уже виденное и применил знания и навык сразу. Так растет вес врача-диагноста, врачебный опыт и квалификация: больше увидел — больше знаешь и умеешь, можешь передать свой опыт другим.

Все эти моменты развития мышления студента связаны с дискурсом, умением говорить. Этому умению необходимо научить студента. Для этого в учебный процесс внедряются тематические рефераты, учебная научная работа, что развивает у студента научное мышление и требует индивидуального подхода. Все это помогает обучающимся проникать в суть вещей, строить логическую цепочку и сохранять длительно полученное знание. При такой постановке вопроса препода-

даватель сам активно развивает свои информационно-коммуникативные технологические способности и помогает студенту сортировать приобретенную информацию.

Современному студенту легко работать в электронной системе, которая может помочь написать реферат, историю болезни, послание другу, проверит ошибки, стиль написания, но она не выделит главное из второстепенного, не построит алгоритм действия, для этого нужны программы, которые создаются и будут создаваться людьми с творческим мышлением, которые пользуются логическим, интегральным, образным, ассоциативным наряду с клиповым мышлением.

Современный студент — электронная личность, легко пользующая услугами интернета и возможностями компьютера. При этом он испытывает проблемы с письменным и вербальным дискурсом, и не всегда может построить диалог с преподавателем и больным. Задача преподавателя состоит в том, чтобы научить студента последовательному мышлению с использованием в презентации лекций клиповых образов, анимированных картинок, которые будут способствовать когнитивному мышлению [3, с. 68; 5, с. 3; 6, с. 21; 7, с. 292]. Когнитивное мышление (познавательное) развивается с помощью дискурса, язык и мысль неразрывно связаны между собой. В медицинском вузе у студентов важно развить стратегическое мышление, при котором будущий врач научится прогнозировать различные ситуации, связанные с состоянием здоровья у больного человека. При этом, обучающийся должен научиться собирать информацию, планировать свои действия (что можно назвать маршрутизацией), их анализировать и всегда достигать конечной цели.

Таким образом, электронные носители, изменили не только жизнь современного студента в быту, обучении в школе и вузе, сформировали у него клиповое мышление, но и поставили перед современными преподавателями основную задачу, помочь студенту в формировании когнитивного мышления, развитии у него письменного и вербального дискурса с использованием современных инновационных электронных технологий.

Литература

1. Аксенов, Л. Б. Влияние клипового мышления на образовательный процесс / Л. Б. Аксенов. — Текст : непосредственный // Актуаль-

- ные проблемы естественных и гуманитарных наук. – 2014. – Том 83, № 10. – С. 320-323.
2. Землинская, Т. Е. Методики вузовского обучения в контексте клипового мышления современного студента / Т. Е. Землинская, Н. Г. Ферсман. – Текст : непосредственный // Проблемы высшей школы. – 2016. – Том 255, №4. – С. 153–160.
 3. Купчинская, М. А. Клиповое мышление как феномен современного общества / М.А. Купчинская, Н. В. Юдалевич – Текст : непосредственный // Бизнес-образование в экономике знаний. – 2019. – №3. – С. 66-70.
 4. Кутузова, Н. В. «Клиповое мышление» как массовое поверхностное восприятие информации / Н. В. Кутузова – Текст : непосредственный // Инновационные педагогические технологии : материалы VIII Международной научно–практической конференции (май 2018 года). – Казань, 2018. – С. 6-8.
 5. Семеновских, Т. В. Феномен «клипового мышления» в образовательной вузовской среде / Т. В. Семеновских – Текст : непосредственный // Науковедение. – 2014. – Том 24, №5. – С. 1-10.
 6. Сорокин, Ю. И. О роли преподавателя в электронном обучении / Ю. И. Сорокин, А. Ю. Соколова. – Текст : непосредственный // Вестник Тверского государственного технического университета. Серия: Науки об обществе и гуманитарные науки. – 2015. – № 1. – С. 20-24.
 7. Эльбекьян, К. С. Особенности клипового мышления современного студента / К. С. Эльбекьян, Е. В. Пажитнева, Е. В. Маркарова, А. Б. Муравьева. – Текст : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4. – С. 289-292.

Д.А. Максимов, заведующий отделением № 4 ГБУЗ ТОКОД, аспирант
ГБУЗ Тверской областной клинической онкологической диспансер,
Тверь, Российская Федерация

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская
Федерация

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С БОЛЬНЫМИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

На протяжении последних десятилетий в современной онкологии остаются актуальными вопросы скрининга, диагностики, лечения и особенностей взаимодействия с онкологическими больными, в частности раком молочной железы. Несмотря на многочисленные попытки их решения злокачественные поражения молочной железы являются ведущей патологией в структуре смертности женского населения в мире, не исключено, к сожалению, является и Тверской регион. В статье представлены результаты комплексного медико-психологического междисциплинарного исследования качества жизни и индивидуально-психологических особенностей больных онкологического профиля (рак молочной железы), проведенного на базе Тверского областного клинического онкологического диспансера.

Over the past decades, in modern oncology, the issues of screening, diagnosis, treatment and the features of interaction with cancer patients, in particular breast cancer, have remained relevant. Despite numerous attempts to solve them, malignant lesions of the mammary gland are the leading pathology in the mortality structure of the female population in the world, and, unfortunately, the Tver region is no exception. The article presents the results of a comprehensive medical-psychological interdisciplinary study of the quality of life and individual psychological characteristics of cancer patients (breast cancer), conducted on the basis of the Tver Regional Clinical Oncology Center.

Ключевые слова: качество жизни, индивидуально-психологические особенности, пациент онкологического профиля, онкология.

Key words: quality of life, individual psychological characteristics, oncological patient, oncology.

Рак молочной железы является ведущей патологией в структуре смертности женского населения в мире, в том числе в России. Лечение онкобольных в соответствии с концепцией персонифицированной медицины, её принципом партисипативности и главной проблемой сохранения качества жизни, связанного со здоровьем, должно основываться на диалоговой коммуникации всех субъектов врачевания (врача, больного, медицинских работников) и доверительном общении между ними. Реализация принципа партисипативности, различаемого как рефлексивное, ответственное, экзистенциально открытое соучастия онкобольного в процессе лечения, наталкивается на такую «маяковую» трудность как стандарт и проблема качества жизни человека с частичной утратой здоровья. Психологические особенности больного также влияют на решение проблемы управления своим здоровьем, оценку и сохранение качества его жизни, связанного со здоровьем. С помощью расширенной психологической диагностики когнитивно-рефлексивной, экзистенциальной, личностно-ответственной, коммуникативной индивидуальности онкобольного возможно выявить его психологический потенциал. Эффективное взаимодействие с пациентами, страдающими раком молочной железы включает учёт их психологического профиля, личностно-рефлексивной позиции, экзистенциального настроения.

В Тверской области на долю рака молочной железы в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения приходится 20,1 %, при этом преобладают II и III стадии онкопроцесса [3].

Эти данные свидетельствуют не только об актуальности проблемы, но и о необходимости поиска и разработки новых методов диагностики и лечения рака молочной железы, а так же способов взаимодействия с такими пациентами, междисциплинарных научных подходов для более детального изучения данного вопроса и высокоинформированных методов изучения и оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

Целью исследования является изучение особенностей качества жизни, связанного со здоровьем, уровня рефлексивности и экзистенции у женщин с установленным диагнозом рак молочной железы.

Материалы и методы. На базе психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала Тверского государ-

ственного медицинского университета проводится эмпирическое исследование с участием больных онкологического профиля (рак молочной железы), находящихся на лечении в ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический онкологический диспансер». В выборку включены пациенты с подтвержденным диагнозом «рак молочной железы» IA–IIIc стадий. В количестве 138 пациенток в возрасте от 30 до 80 лет. В качестве психодиагностического инструментария использованы методики:

- ь SF-36, применяемая для оценки общего благополучия и степени удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья [1];
- ь Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглера, которая измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым [4];
- ь Опросник рефлексивности А.В. Карпова, предназначенный для диагностики уровня развития рефлексивности личности [2].

Достоверность полученных результатов обеспечивается обработкой данных при помощи компьютерной программы для статистической обработки SPSS Statistics 22.

Результаты и их обсуждение. Согласно описательным статистикам качество жизни, связанное со здоровьем у больных раком молочной железы формируют показатели физического функционирования ($63,3 \pm 23,0$), ролевого функционирования ($26,9 \pm 36,9$), интенсивности боли ($20,4 \pm 22,2$), общего состояния здоровья ($60,9 \pm 14,0$), жизнеспособности ($60 \pm 13,1$), социального функционирования ($50,5 \pm 26,5$), эмоционального функционирования ($43,4 \pm 39,9$) и самооценки психического здоровья ($56,5 \pm 14,4$).

Исследование уровня рефлексивности показало, что низкие показатели имеют 25 % пациентов, средние — 75 %. Пациентов с высоким уровнем рефлексивности выявлено не было.

Исследование экзистенции, согласно описательным статистикам, показало, что самодистанцирование (SD) ($33,5 \pm 7,9$) имеет высокую степень выраженности у 38 % испытуемых, низкую — у 17 %. Самотрансценденция (ST) ($65,1 \pm 13,1$) в высокой степени выраженности зафиксирована у 53 % испытуемых, в низкой — у 6 %. Свобода (F) ($39,1 \pm 6,9$) имеет высокую степень выраженности у 8 % испытуемых, низкую — у 15 %. Ответственность (V) ($53,6 \pm 14,7$) в

высокой степени выраженности зафиксирована у 26т% испытуемых, низкая — у 7 %.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют, что пациенты достаточно низко оценивают собственное общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование и психологическое здоровье. Средний уровень оценок имеют такие показатели качества жизни, как физическое, ролевое и эмоциональное функционирование. Респонденты достаточно высоко оценивают собственное переживание боли. У пациентов страдает как физический, так и психический компонент здоровья, что значительно повышает риск появления осложнений в послеоперационном периоде.

Вместе с тем имеют ясное, реалистичное представление о ситуации, адекватность самооценки, способность абстрагироваться от себя, посвятить себя чему-то другому, способны воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, ориентируются на смысл, а не только на цель, вследствие чего для них характерны внутренняя и внешняя осмысленность. Иногда больным раком молочной железы присуща пассивная, фаталистическая жизненная установка и может возникать ощущение бессмысленности собственной жизни, но они обладают способностью находить реальные возможности действовать, создавать из них иерархию в соответствии с собственным представлением об их ценности и находить обоснованное решение возникшей проблемы. Имеется страх перед усилиями и проблемами, угрожающими последствиями, но им присуща способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей. Демонстрируют средний уровень рефлексивности, что не всегда позволяет чётко и ясно осознавать и регулировать свою деятельность.

Полученные в ходе исследования данные дают возможность управления здоровьем пациента, оценку и сохранение качества его жизни, связанного со здоровьем. С помощью расширенной психологической диагностики когнитивно-рефлексивной, экзистенциальной, личностно-ответственной, коммуникативной индивидуальности онкобольного возможно выявить его экзистенциальный настрой, сохранность качества жизни, мотивы, ожидания в отношении истории и «травмы» при онкозаболевании, дать адекватные практические рекомендации всем субъектам врачевания и разработать

эффективные психологические техники взаимодействия с больными онкологического профиля.

Литература

1. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. — Иркутск, 2004-2020. — URL: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf> (дата обращения: 25.01.2020). — Текст : электронный.
2. Карпов, А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А. В. Карпов. — Текст : непосредственный // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24, № 5. — С. 45-57.
3. Минздрав Тверской области озвучил статистику заболеваемости раком в регионе. — Текст : электронный // ТИА. — Тверь, 2016. — URL: <https://tvernews.ru/news/208779/> (дата обращения: 27.04.2019).
4. Кривцова, С. В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С. В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер. — Текст : электронный // Экзистенциальный анализ. — 2009. — №1. — С. 141-170. — URL: <http://laengle.info/downloads/ESK%20Krivtsova%20L%E4ngle%20Bull%2009.pdf> (дата обращения 20.04.2019).

4.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

О. В. Антипина, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет»
Минздрава России, Иркутск, Российская Федерация

ЯЗЫКОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УЧЕБНЫХ ИЗДАНИЙ ВУЗА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Языковая экспертиза рассматривается в статье как альтернатива соавторству в учебных изданиях вуза на английском языке. Она используется в качестве инструмента для установления степени соответствия учебного пособия семантическим нормам современного английского языка и стилистическим особенностям академического медицинского дискурса на английском языке. Это означает, что языковая экспертиза способна в целом повысить качество учебного издания. Выделены наиболее частотные речевые ошибки в учебных материалах, подготовленных без участия соавтора-филолога. Основную трудность для авторов с клинических кафедр представляет употребление специализированной и узальной лексики, фразеологическая сочетаемость ее единиц.

Linguistic expertise is considered in the article as an alternative to co-authorship in university educational editions in English. It is used as an instrument for establishing the degree of correspondence of a study guide to the semantic norms of contemporary English and the stylistic features of English academic medical discourse. This means that linguistic expertise can generally improve the quality of an educational edition. The most common speech errors have been singled out in educational materials prepared without a co-author having philological education. The main difficulty for authors from clinical departments is the use of special and professional vocabulary, phraseological combinability of its units.

Ключевые слова: языковая экспертиза, учебное издание, англоговорящие студенты, речевые ошибки, академический медицинский дискурс.

Key words: linguistic expertise, educational edition, English-speaking students, speech errors, academic medical discourse.

В связи с ежегодным увеличением численности иностранных студентов, обучающихся в ИГМУ по программам специалитета с элементами английского языка, все острее ощущается необходимость в специализированной медицинской литературе, приближенной к требованиям ФГОС ВО. Закупка аутентичной литературы, как показывает практика, не является достаточным подспорьем. Содержание учебных дисциплин в медицинских вузах за рубежом существенно отличается от того, что преподают в нашей стране. Чаще всего зарубежные учебники используются в качестве материалов СРС, чтобы студенты имели представление о том, на что следует ориентироваться при подготовке к подтверждению диплома российского образца у себя на родине. Некоторые дисциплины за рубежом представляют собой сплав нескольких наших дисциплин, а некоторые и вовсе не изучаются за рубежом, поэтому об аутентичных источниках речи быть не может [1, с. 255].

Вследствие этого сотрудники клинических кафедр обновляют учебно-методические материалы для проведения лекционных и практических занятий, материалы для СРС и контрольно-измерительные материалы. Для этого они перерабатывают уже имеющиеся на русском языке учебные пособия: переводят их на английский язык или создают на их основе новые учебные издания. За 5 лет осуществления программы подготовки англоговорящих студентов (с 2015 по 2019 гг.) количество таких изданий в научной электронной библиотеке вуза (далее — НЭБ) понемногу увеличивается, при этом часть пособий создается при поддержке кафедры иностранных языков, а часть авторов находится в «свободном плавании». Соавтор с кафедры иностранных языков не только проверяет корректность перевода и занимается стилистической коррекцией материала, но и усиливает методическую составляющую издания в целом.

Если при написании пособия такой соавтор отсутствует, возникает, в том числе, ряд языковых трудностей, препятствующих усвоению предлагаемого материала иностранными студентами. Для того чтобы качество учебного издания не пострадало, в качестве альтернативы соавторству мы предлагаем подвергать учебные издания языковой экспертизе, прежде чем они будут включены в образовательный процесс или переданы в НЭБ вуза.

Лингвистическая (языковая) экспертиза в широком смысле понимается как исследование продуктов речевой деятельности, направленное на установление значимых фактов и получение ответов на поставленные перед экспертом вопросы. В нашем случае таких вопросов как минимум два:

1. Соответствует ли учебное издание нормам современного английского языка?
2. Соответствует ли учебное издание особенностям академического медицинского дискурса?

Ответ на эти вопросы может быть получен на основании профессионального анализа языковых (речевых) ошибок, допущенных автором издания.

В современной лингвистической парадигме под речевыми ошибками понимают любые отклонения от действующих языковых норм [2]. С точки зрения повседневной коммуникации, соблюдение этих норм не является препятствием для общения в быту [3], чего не скажешь о профессиональном дискурсе. Как для англоговорящих студентов, так и для преподавателей ИГМУ, английский язык не является родным, поэтому любые виды языковых (речевых) ошибок, которые с легкостью распознают и игнорируют носители языка, могут стать причиной коммуникативных неудач в учебном процессе, затруднить понимание и усвоение специализированного материала, снизить качество предоставляемых образовательных услуг.

Самая общая классификация речевых ошибок выделяет произносительные (фонетические), орфографические, пунктуационные, грамматические (морфологические), лексические, синтаксические, фразеологические, стилистические ошибки [4]. Для учебных изданий на английском языке не актуальны произносительные ошибки, небольшой интерес представляют пунктуационные ошибки.

Орфографические ошибки в учебных материалах связаны со спецификой медицинской лексики. Поскольку она не является общеупотребительной, стандартные словари, установленные на компьютере, чаще всего не распознают языковые единицы латинского и греческого происхождения. Кроме того, в специализированных медицинских словарях нет единого мнения по поводу написания таких единиц. Например, в однокоренных словах *leukocyte*, *leucopenia*, *leucocytosis*, *leukemia* наблюдаем чередование *c / k*. Когда

слово становится употребительным, его написание может трансформироваться в научно-популярной литературе, в то время как в академическом медицинском дискурсе традиционный вариант сохраняется: выпадение гласных *foetus ! fetus, amoeba ! amoeba, heamatology ! hematology*. Поэтому на фоне подчеркиваний машиной «неправильного» варианта можно легко пропустить банальную опечатку.

С точки зрения грамматики, большое количество ошибок связано с употреблением притяжательного падежа с именами собственными и избыточное использование of-phrase. Предпочтительнее предикативное употребление существительного вместо конструкции с of-phrase: не *mechanismofaction, aactionmechanism*. Однако здесь следует иметь в виду, что в некоторых случаях такое свертывание может исказить смысл высказывания и породить ошибку: *cellstructure* — это не *structureofthecell*. Притяжательный падеж с именами собственными употребляется с названиями методов, симптомов, формул, законов, структурных единиц организма, названных по имени автора, разработавшего или открывшего их: *Stockman'sformula, Peyer'splatelets, Kocher'ssign*. Следует отметить отсутствие артикля перед именем собственным в притяжательном падеже, хотя предмет и не принадлежит данному человеку.

В целом, это традиционно проблемный момент — использование системы артиклей в английском языке. Распространенной ошибкой является также употребление любых артиклей с названиями болезней, синдромов, химических веществ и соединений. При оформлении заголовков определенный артикль не должен стоять в начале: *Indicationstotheuseofnon-steroidalanti-inflammatorydrugs*.

Использование видовременной системы английского глагола в академическом медицинском дискурсе носит ограниченный характер: чаще всего, это простые предложения с глаголами в формах PresentSimple и PastSimple. Чтобы показать актуальность проблемы, могут быть использованы формы PresentPerfect. Использование сложных видовременных форм в учебном пособии должно быть веско мотивировано. Вместе с тем, следует соблюдать принципы согласования и не переходить в пределах одной ситуации с прошедшего времени на настоящее — это признак разговорной речи.

Характерной стилистической особенностью медицинского академического дискурса является использование пассивных конструк-

ций и обобщенно-личных предложений. Следует избегать осложненных синтаксических конструкций, которые часто используются в учебных пособиях на русском языке. Предпочтение отдается простым конструкциям.

Модальность высказываний должна быть ограничена глаголами *can / could* (возможность, вероятность) и *must* (настоятельная рекомендация или запрет в отрицательной форме).

В отличие от русского языка, обратный порядок слов в дискурсе данного типа использовать не рекомендуется. Рамочные конструкции необходимы в качестве основы для тема-рематического развертывания при изложении учебного материала.

Но самые серьезные ошибки, которые можно допустить при подготовке материала на английском языке, связаны с медицинской лексикой, специализированной и узуальной. Отечественная традиция сталкивается с тем, что за рубежом существуют свои названия для некоторых явлений, лекарств, методов исследования и лечения, что фамилии наших медиков чаще всего не используются на западе: не *Voskresensky's symptoms* или *symptom of the shirt*, а *sign of sliding*; не *Shchetkin — Blumberg's symptom*, а *Blumberg's sign*; не *symptom of the Obukhov's hospital*, а *Hochenegg's symptom*; не *neuroleptics*, а *antipsychotics*.

Узуальное использование лексики также предполагает употребление одних языковых единиц вместо других, схожих по смыслу и характерных для других типов дискурса. Например, поглощение питательных веществ, жидкостей, всасывание лекарств обозначается глаголом *absorb*, а не *soakup*; побочные эффекты препаратов описываются термином *adversereactions*, а не *sideeffects* или *undesirable drug reactions* — это кальки с русского языка; в значении «(человеческий) организм» употребляется *body* вместо *organism*.

Фразеологические ошибки связаны с особенностями функционирования медицинского дискурса, когда один синонимический вариант предпочтительнее, чем другой. Процесс выведения лекарственных средств из организма можно описать при помощи глаголов и отглагольных существительных *excrete / excretion* и *eliminate / elimination*. При этом выведение с жидкостями и продуктами распада — это первый вариант (*excretewithurine, feces, bile, sweat*), а выведение каким-либо органом — второй (*eliminationwiththekidneys, liver, intestines*). Традиционные для отечественной медицины терми-

ны могут обозначаться по-другому вследствие разного способа познания реальности: новокаиновая блокада в английском языке именуется не по названию лекарства (*novocaineblock*), а по действующему веществу (*procaineblock*).

Курируя в течение 5 лет подготовку материалов на английском языке по 24 дисциплинам направления подготовки «Лечебное дело», из которых только 2 являются гуманитарными, автор статьи может отметить следующие закономерности.

1. При составлении учебного материала на английском языке ошибки допускают абсолютно все преподаватели, поскольку в лучшем случае являются вторичными языковыми личностями. Абсолютно не играет роли возраст, национальная, половая принадлежность, количество поездок за границу (в том числе, для участия в медицинских конференциях), уровень владения или частота общения на английском языке.
2. В материалах по любым дисциплинам присутствуют (в порядке убывания) следующие виды языковых ошибок: грамматические (морфологические), синтаксические, лексические, фразеологические, стилистические, орфографические. Остальные виды ошибок не имеют выраженного характера.
3. Ошибки носят системный характер (повторяются регулярно), что говорит о недостаточной языковой компетенции авторов учебных материалов. Только систематическая работа над определенными аспектами языка способна исправить ситуацию.
4. Самоанализ речевого поведения у авторов с клинических кафедр затруднен, требуется помощь специалиста-филолога.

Не вызывает сомнения тот факт, что языковая компетенция проявляется не только во владении устным, но и письменным вариантом иностранного языка, а также в разграничении разговорного и профессионального стилей речи. Для написания пособия на английском языке нужно не только уметь грамотно пользоваться сервисами электронного переводчика, но и соблюдать требования академического медицинского дискурса на английском языке, владеть научным стилем английского языка.

Все вышеизложенное подводит нас к мысли о необходимости проведения языковой экспертизы учебных изданий, представляемых клиническими кафедрами на английском языке в НЭБ вуза,

если издание было подготовлено без участия сотрудников кафедры иностранных языков.

Языковая экспертиза нужна для установления степени соответствия учебного издания семантическим нормам современного английского языка и стилистическим особенностям англоязычного академического медицинского дискурса, что в конечном итоге гарантирует сохранение качества учебного издания вуза на английском языке.

Литература

1. Антипина, О. В. Проблемы выбора языка-посредника при обучении иностранных студентов биомедицинским дисциплинам / О. В. Антипина. — Текст: непосредственный // Учебная самостоятельность личности — основа образования через всю жизнь: материалы Международной научно-практической конференции (27 апреля — 10 мая 2018 г.). — Иркутск, 2018. — С. 252-257.
2. Заманстанчук, Д. Э. Понятие лингвистической ошибки в современной научной парадигме / Д. Э. Заманстанчук. — Текст : непосредственный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2017. — № 5 (71): в 3-х ч. — Ч. 2. — С. 76-79.
3. Рогозная, Н. Н. Лингвистический атлас нарушений в русской речи иностранцев / Н. Н. Рогозная. — Иркутск : Иркутская областная типография № 1, 2001. — 332 с. — Библиогр.: с.312–331. — Текст : непосредственный.
4. Фоменко, Ю. В. Типы речевых ошибок: учебное пособие / Ю. В. Фоменко. — Новосибирск : Изд-во Новосиб. гос. пед. ун-та, 1994. — 60 с. — Библиогр.: с. 58–60. — ISBN 5-85921-028-0. — Текст : непосредственный.

С.Б. Владимирова, аспирант, ассистент

ФГАОУ ВО Национальный исследовательский Томский
политехнический университет, Томск, Российская Федерация
ФГБОУ ВО Томский государственный архитектурно-строительный
университет, Томск, Российская Федерация

КОЛОРАТИВЫ В ТЕКСТЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Статья посвящена анализу лексем-копоративов (цвето-обозначений) человеческого тела в тексте судебно-медицинского исследования трупа. Определена основная функция копоративов в данном типе текста.

The article is devoted to the analysis of lexemes-colorants (color terms) in the text of a forensic expert conclusion of a corpse. The main function of colorings in this type of text is determined.

Ключевые слова: копоратив, цветообозначение, судебно-медицинская экспертиза.

Key words: color, color designation, forensic medicine, forensic medical examination.

Заключение судебно-медицинской экспертизы — процессуальный документ, составляемый экспертом в соответствии с предписаниями закона, в котором указываются основания и условия производства экспертизы, вопросы, поставленные на ее разрешение, объекты и процесс их экспертного исследования с указанием использованных методов и методик, установленные при этом фактические данные и выводы эксперта [1, с. 79]. Текст этого документа включает в себя данные медицинского исследования, в случае с экспертизой трупа — данные наружного и внутреннего исследования объекта экспертизы. Большое внимание при написании исследовательской части заключения судебно-медицинской экспертизы уделяется обозначению цвета человеческого тела, его частей, органов, цвета трупных пятен, повреждений и других обнаруженных при исследовании явлений, поскольку эти данные могут быть важны для установления причины смерти, её времени и разрешения других вопросов, обыкновенно ставящихся перед экспертом. Так, например, «Руководство по судебной медицине» под редакцией В.В. Томилина и Г.А. Пашиняна предписывает при исследовании трупа от-

мечать цвет около 40 различных объектов (кожные покровы, повреждения и ткани вокруг них, внутренние органы и т.д.) [3]. Таким образом, достоверное определение цвета указанных объектов и достаточное их описание в тексте заключения является одним из критериев полноты проведенной экспертизы.

Несмотря на несомненную важность колоративов как лексических единиц в данном типе текста, лингвистических исследований, посвященных данной проблематике, нам не встретилось. Большое количество современных исследований колоративной лексики концентрируется на материале художественных произведений; наиболее изученным в плане использования колоративов является рекламный дискурс, в текстах которого основная функция колоративов определена как «воздействующая» [5, с. 32] или «функция аттрактора-экспрессивизатора», т.е. та, которая «привлекает внимание читателя и воздействует, прежде всего, на его психоэмоциональную сферу» [2, с. 68]. Исследователи политического дискурса выделяют две основных функции цветообозначений в массмедийных политических текстах: интегрирующую и дифференцирующую [4, с. 84-85].

Целью данного исследования является анализ структурных и семантических типов колоративов, входящих в текст судебно-медицинского исследования, и выявление их основной функции. Материалом исследования послужили исследовательские части десяти судебно-медицинских заключений общим объемом более 30 страниц. В качестве основного метода исследования был выбран контент-анализ. Поскольку в рамках данного исследования нас интересовали цветообозначения, относящиеся непосредственно к человеческому телу, мы исключили из анализа колоративы, описывающие одежду, обувь, бирки и т.д. Из десяти текстов было выделено 602 цветообозначения, представленных 156 различными лексическими единицами. Наименьшее количество цветообозначений, выделенных из одного текста — 35, наибольшее — 133. Количество цветообозначений в тексте напрямую зависит от причины смерти исследуемого трупа: насильственная смерть предполагает большее количество повреждений (ран, ссадин, кровоподтеков и др.) и соответственно большее количество используемых для их описания колоративов. Представленные цветообозначения были классифицированы по структурным и семантическим параметрам. По структурным параметрам цветообозначения можно разделить на три группы:

- 1) Односоставные цветообозначения (27 лексических единиц), некоторые из них: *багровый, белесоватый, бледный, буроватый, бурый, вишневый, голубоватый*. Отметим, что среди 27 однокомпонентных цветообозначений девять имеют суффикс -оват-/-еват-, который означает «небольшую степень качества», то есть несколько уточняют интенсивность обозначаемого цвета, предполагают «оттеночность».
- 2) Двухсоставные цветообозначения (111 лексических единиц), некоторые из них: *бледно-розовый, красновато-серый, мертвенно-бледный, розовато-синюшный, темно-красный, красновато-желтый, серо-коричневый, серовато-белесоватый*.
- 3) Трёхсоставные обозначения (18 лексических единиц), некоторые из них: *бледно-коричнево-красный, бледно-коричнево-синюшный, бледно-красно-коричневый, бледно-серовато-красный, бледно-серовато-розоватый, бледно-серовато-синюшный, бледно-синюшно-фиолетовый, розовато-бледно-синюшный, светло-желто-коричневый, светло-тускло-коричневый, серовато-темно-красный*.

Наиболее частотными по распределенности оказались колоративы «*тёмно-красный*» и «*желтоватый*» (присутствуют во всех 10 исследованных текстах), далее следуют «*белесоватый*» (в 9 текстах из 10), «*желтый*», «*красно-коричневый*», «*сероватый*», «*серый*» (в 8 текстах из 10). По количеству употреблений наиболее частотны тот же «*тёмно-красный*» (75 употреблений в 10 текстах, от 2 до 30 в одном тексте), «*серый*» (48 употреблений в 10 текстах, от 0 до 11 в одном тексте), «*желтоватый*» (26 употреблений в 10 текстах, от 1 до 7 в одном тексте). Лидирующая позиция тёмно-красного цвета вполне объяснима: это обычный цвет крови, как жидкой, так и сгустков/посмертных свертков.

Обратимся к семантическим характеристикам выделенных в текстах колоративов. Прямые наименования, обозначающие непосредственно основные цвета спектра и оттенки, составляют большую часть исследуемых колоративов. Незначительную часть составляют устоявшиеся в языке переносные наименования, мотивированные растениями (вишневый, бледно-вишневый, темно-вишневый, оливковый, темно-оливковый) и веществами животного происхождения (перламутровый). Обращение к прямым наименованиям цвета

в сочетании с большим количеством дву- и трехсоставных колоративов и уточняющих «оттеночность» говорит о том, что в тексте судебно-медицинского исследования цвет исследуемого объекта должен быть передан максимально точно, но при этом вызывать минимум «разночтений». Основную функцию колоративов в тексте судебно-медицинского исследования следует определять как **номинативную**. Большое количество различных лексических единиц, в том числе встречающихся единично (как, например, «*синюшно-серо-розовый*», «*серовато-темно-красный*») говорит, с одной стороны, о богатстве цветовой гаммы исследуемых объектов, с другой — об отсутствии унифицированной системы колоративных характеристик и необходимости в каждом конкретном случае образовывать новые колоративы определенным набором языковых средств. Об этом свидетельствует отсутствие образных и синестезических номинаций, калек с иностранных лексем-колоративов и других средств, несвойственных исследовательскому тексту, а также большом количестве однотипно построенных колоративов (например, основа «серо-» образует 11 различных колоративов в исследованной выборке, «бледно-» — 17).

Таким образом, колоративы в тексте судебно-медицинского исследования имеют сугубо номинативную функцию, причем должны определять цвет объекта одновременно и точно, и объективно. Для выполнения данной функции врачами-судебно-медицинскими экспертами используются прямые наименования цветов, как правило, соединенные в дву- и трехсоставные слова-колоративы.

Литература

1. Буромский, И.В. Судебно-медицинская экспертиза: Термины и понятия: Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов / И.В. Буромский, В.А. Клевно, Г.А. Пашинян. — Москва: Норма, 2006. — 256 с. ISBN 5-89123-961-2. — Текст : непосредственный.
2. Величко, А.А. Прагматическая и функциональная специфика цветообозначений в рекламном дискурсе (на материале промотекстов компании Mercedes-Benz) / А.А. Величко — Текст : непосредственный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2017. — №10-2 (76). — С. 67-70.

3. Руководство по судебной медицине / под ред. В.В. Томилина, Г. А. Пашияна. — Москва: Медицина, 2001. — 576 с. — ISBN 5-225-04181-7. — Текст : непосредственный.
4. Суздальцева, В.Н. Символика цвета и функционирование цветообозначений в массмедийном политическом дискурсе / В.Н. Суздальцева — Текст : непосредственный // Вестник Московского университета. — Серия 10. Журналистика. — 2014. — №1. — С. 80-95.
5. Сун, Чуньчунь. Система колоративов в рекламных каталогах декоративной косметики / Чуньчунь Сун, О.Н. Чарыкова — Текст : непосредственный // Вестник ВГУ. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. — 2016. — №3. — С. 30-32.

Л. К. Гордеева, ассистент

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

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТЕРМИНА В ОБЫДЕННОМ СОЗНАНИИ ЧЕЛОВЕКА

Статья посвящена обсуждению функционирования медицинского термина в обыденном сознании человека. Особое внимание уделяется процессам идентификации и функционирования слова в индивидуальном лексиконе. Приводятся примеры практического использования искаженных медицинских терминов носителями непрофессионального сознания и их интерпретация с позиции психолингвистики.

The article is dedicated to the discussing of a medical term's functioning in the everyday consciousness of a person. Special attention is paid to the process of identification and words' functioning in the person's lexicon. Some examples of practical usage of distorted medical terms by non-professional individuals are drawn and interpreted from the psycholinguistic perspective.

Ключевые слова: термин, медицинская терминология, ментальный лексикон, идентификация термина, обыденное сознание.

Key words: term, medical term, medical terminology, mental lexicon, identification of a term, everyday consciousness.

Обращаясь к обыденному сознанию носителей одного/нескольких языков, исследователи затрагивают различные темы в рамках концепции слова как достояния индивида, разработанной А.А. Залевской. Общая проблематика исследований связана с особенностями идентификации слова носителями языка в разных условиях и на разном материале. Например, рассматриваются особенности идентификации слов, в разной степени знакомых индивиду, а также слов, относящихся к разным частям речи (Родионова Т.Г., Сазонова Т.Ю., С.И. Тогоева, И.В. Новикова, Ю.В. Федурко и др.) или эмоциональный компонент значения слова (Е.Ю. Мягкова и др.)

Работы, отражающие различные аспекты изучения терминов охватывают широкий круг вопросов, к примеру, психолингвистические особенности функционирования термина в индивидуальном

сознании (М.В. Ефимова), исследование термина в медицинском дискурсе (С.Л. Мишланова), медицинской термин-метафоры (О.С. Зубкова), эмоциогенности медицинского термина (С.И. Маджаева), семантизации медицинских терминов (А.Г. Балобанова) и др.

В данной статье используются примеры, извлеченные из Интернет-ресурса «Болезней нет», посвященному обсуждению проблем, связанных со здоровьем, в котором участвуют как врачи, так и люди без медицинского образования [1]. В качестве теоретической базы для описания особенностей функционирования медицинских терминов в непрофессиональном сознании индивида в данной статье была использована психолингвистическая теория слова и концепция ментального лексикона, разработанные А.А. Залевской (1977, 1982, 2007 и др.) которые позволяют рассмотреть медицинский термин в качестве средства доступа к индивидуальному сознанию человека и выявить опорные элементы переживания этих терминов.

Анализ отобранных языковых фактов представляет интерес для рассмотрения, с точки зрения демонстрации процесса переживания медицинского термина в реальных условиях у носителей непрофессионального сознания и позволяют выявить специфику идентификации медицинского термина в сознании человека, не связанного с медициной. Вслед за Т.Ю. Саоновой (1993, 2000. и др.) мы разграничиваем процесс идентификации слова в лексиконе человека на два уровня: формальный уровень (обращение к поверхностному ярусу лексикона, когда человек опирается на схожий звукобуквенный комплекс, при этом значение слова не осознается), уровень с опорой на ситуацию (обращение к глубинному ярусу лексикона, когда закрепляется смысловая связь и появляется опора на некую ассоциацию или личный опыт человека). Например, в словосочетании *приватизирование зуба* потенциальный больной идентифицировал термин лишь на уровне формы, игнорируя его содержательную сторону. В данном случае было актуализировано совпадение корневых, суффиксальных морфем и окончаний, так или иначе зафиксированных в индивидуальном лексиконе человека: *приватизирование зуба* (правильно: *протезирование*). Данный пример эксплицирует процесс идентификации термина с использованием опоры на схожее звучание, когда потенциальный больной не знает этого термина. Происходит то, что у А.С. Штерн описывается как:

«увеличение опоры на элементы и уменьшение восприятия слова как целостного образования» [5, с.161].

Можно предположить, что первичной опорой для идентификации термина служит поверхностный ярус звуковых словоформ и впервые услышанный/записанный термин «перекодируется» в индивидуальном лексиконе человека за счет подмены одного или нескольких элементов в этом термине из-за отсутствия в лексиконе человека образа этого термина целиком.

Обращаясь к глубинному ярусу лексикона, где опорными элементами могут выступать опыт или ситуация, содержащие следы контекстов, в которых пациенты/потенциальные больные сталкивались со стимулом или похожим на него словом, обнаруживает более интересную картину. Возможно также взаимодействие нескольких проникновений во внутренний контекст носителя непрофессионального сознания, где реализовался поиск и по сходному звукобуквенному составу, и по смысловой ассоциации.

Следующие примеры отражают не только звукоподражательный процесс, но также и признаки сенсорной модальности, указывая на характер острой боли/неприятные ощущения при заболевании. Здесь были вербализированы телесные ощущения, «вербальные сигналы присутствия телесного компонента в процессе опознания значения слова» [4, с. 6]:

- *Острый хондроз, остереохондроз* (вместо остеохондроз) [2, с. 42] Остеохондроз характеризуется неприятными ощущениями, болью, частичным нарушением движения, напряженностью мышц, что в совокупности причиняет дискомфорт человеку и вызывает негативные ассоциации даже с медицинским термином этого заболевания.
- *Знойный отит* (гнойный отит) Заболевание, поражающее ухо, сопровождаемое болью, ухудшением слуха, температурой от 38°С и выше, возможно именно из-за высокой температуры возникает связь с прилагательным «знойный», указывающим на жаркий /жгучий характер боли. Таким образом, идет подмена не только звукобуквенного комплекса, но и осмысление термина с точки зрения личного опыта индивида, его возможные опасения/боль при диагностике или лечении.

Опорой при идентификации термина также может служить опыт пребывания в медицинском учреждении или прохождение определенной процедуры, которые зафиксированы в приведенных ниже определениях:

- *Перинатальный центр* (перинатальный центр)

Перинатальный центр — учреждение, которое занимается планированием семьи, где находятся младенцы в первое время своей жизни, возможно, опорой при идентификации этого термина послужило непосредственное наблюдение за пеленанием ребенка.

- *Ангелография* (ангиография)

Процедура контрастного исследования кровеносных сосудов. Является одним из видов рентгенографического исследования. Опыт прохождения данной процедуры вместе с процессом создания рентгеновских снимков активизировал ассоциативный комплекс «ангельского», «светящегося» образа.

С психолингвистической точки зрения искаженный носителем обыденного сознания медицинский термин является ключом к пониманию внутреннего мира человека, его переживаниям, эмоциям. Идентификация медицинского термина посредством определенной опоры дает со стороны носителя обыденного сознания возможность пережить этот термин как понятый, а со стороны исследователя — выявить, что стоит за этим термином. Ошибочно-написанный/произнесенный термин свидетельствует о преобладании перцептивного и аффективного аспекта во внутреннем контексте потенциального больного, так как он, не имея достаточного знания в области медицины, сталкивается с медицинским термином в ситуации непосредственно связанной с его личным здоровьем или здоровьем его родных/близких. Анализ опознания термина носителем непрофессионального языка показал, что в этом процессе участвует весь предшествующий речевой опыт человека и на данный процесс могут оказать влияние недавно произошедшие жизненные ситуации или впечатления.

Так как процесс идентификации слова в целом и термина в частности носит стратегический характер, то носитель непрофессионального сознания следует определенному алгоритму: либо прибавляет некий элемент в новое слово или «подменяет» одну букву дру-

гой, либо опирается на реакции, возникшие у него в результате неправильного морфологического анализа производного слова. Подобные действия отражают специфику хранения лексических единиц в ментальном лексиконе человека и способ их извлечения. Результаты анализа экспериментального материала подтверждают мысль А.А. Залевской о том, что воспринимаемое слово переживается как понятное «через посредство множества опор разных уровней обобщения: это может быть целостный образ объекта или только отдельный его признак (и даже признак признака) той или иной сенсорной модальности» [3].

Таким образом, медицинский термин во внутреннем сознании потенциального больного идентифицируется так как это «удобно» пациенту, незнакомому с медициной и, скорее всего, с невысоким уровнем образования и культуры. Представляется продуктивным изучить процесс функционирования медицинского термина как единицы репрезентации медицинского знания в сознании медицинского работника и потенциального пациента в лабораторных условиях и выявить опорные элементы понимания и переживания медицинских терминов при этом процессе.

Литература

1. Болезней нет : сайт. — Россия, 2020. — URL : <https://vk.com/bolezni.nett> (дата обращения: 26.02.20). — Загл. с титул.экрана. — Текст : электронный.
2. Гавриленко, Н. Г. К проблеме функционирования медицинской лексики в общеупотребительном языке / Н. Г. Гавриленко. — Текст : непосредственный // Проблемы коммуникации врач — пациент: деонтологические, психологические, лингвистические аспекты медицинского дискурса: сборник статей 1-й межрегиональной с международным участием научно-практической конференции. (29 марта 2012 года). — Тверь, 2012. — С. 39-44.
3. Залевская, А. А. Общенаучное и узкоспециальное значение термина / А.А. Залевская. — Текст : электронный // Репозиторий Тверского госуниверситета: сайт. — 2019. — URL : <http://eprints.tversu.ru/6526/> (дата обращения: 07.12.19).
4. Федурко, Ю. В. Идентификация незнакомого слова как синергетический процесс : специальность 10.02.19: автореф. дис. на соиск. уч. степ.канд. филол. наук / Федурко Юлия Владимировна ; Тверской государственный университет — Тверь, 2008. — 15с. — Место защи-

- ты: Тверской государственный университет. — Текст : непосредственный.
5. Штерн, А. С. Перцептивный аспект речевой деятельности: Экспериментальное исследование / А. С. Штерн. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб.ун-та, 1992. — 236с. — ISBN 5-288-00591-5. — Текст : непосредственный.

Е. С. Захарченко, студент

Н. П. Козел, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

ТРАНСЛАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДИСКУРСА (ФРАНЦУЗСКИЙ И РУССКИЙ ЯЗЫКИ)

Целью написания данной статьи является выделение наиболее заметных особенностей перевода фармацевтических текстов на примере русского и французского языков. Авторами сгенерирована попытка систематизации разных типов трудностей перевода, проиллюстрированная примерами. Описан ряд неточностей и ошибок, которые могут возникать у начинающих переводчиков при работе с текстом, насыщенным специальной лексикой.

The purpose of this article is to highlight the most prominent translation particularities of pharmaceutical texts on the example of Russian and French. The authors tried to systematize different types of translation difficulties, illustrated by examples. There are also described a number of inaccuracies and mistakes that can occur for novice translators when working with the text rich in special vocabulary.

Ключевые слова: фармацевтический дискурс, фармацевтический термин, прием перевода.

Key words: pharmaceutical discourse, pharmaceutical term, translation method.

Здоровье — главная ценность человека, поэтому для его поддержания на высоком уровне, переводчики, выбравшие в качестве специализации сферу медицины, обязаны больше других постоянно расширять и углублять свои знания и компетенции в этой отрасли. В данной статье рассмотрим некоторые транслатологические особенности современного фармацевтического дискурса на примере французского и русского языков.

Опираясь на утверждение Л. Н. Носовой, мы соглашаемся с тем, что «фармацевтический дискурс (ФД), являясь одним из видов медицинского дискурса, представляет собой как прямое, так и опосредованное общение между людьми, получившими специальное об-

разование в данной сфере (врач, фармацевт), и пациентами (клиентами), которые могут обладать знаниями в этой области или не иметь их» [3, с. 94-95].

По мнению Л.Н. Носовой, результатом ФД являются речевые произведения, такие как инструкции по применению лекарственных средств, досье лекарственных препаратов (протоколы и результаты клинических испытаний, сертификаты качества и т.д.), листки-вкладыши, информация для врачей и пациентов, документация по контролю качества, инструкции по медицинскому применению препаратов, согласия на обработку информации, анкеты, рекламные фармацевтические тексты, научные публикации и т.п. [4, с. 133]. Все эти письменные тексты, относясь к научно-техническому стилю речи, требуют от переводчика владения терминосистемой фармацевтического дискурса.

Участниками общения ФД могут выступать такие пары как: врач и пациент; провизор и производитель лекарственных препаратов; производитель лекарственных препаратов и пациент; покупатель и провизор. Местами употребления могут быть больница, аптека или фармацевтическое предприятие. В этом случае к владению терминологической базой добавляется необходимость понимать профессиональный жаргон врачей, регионализмы, диалектные слова, средства выразительности и т.п.

Терминологическая система фармации представляет собой на сегодняшний день зафиксированную совокупность понятий, следовательно, ее современное состояние можно подвергать анализу с целью обнаружения и фиксации в ней возможных специфических явлений, характерных именно для данного вида дискурса. Основу терминосистемы ФД составляют обозначения процессов, связанных с производством, упаковкой, хранением и реализацией фармацевтической продукции, а также названия лекарственных веществ, лекарственных средств, лекарственного растительного сырья, лекарственных форм, лекарственных препаратов [1, с. 141]. Во избежание переводческих ошибок и для выполнения точного и адекватного перевода фармацевтических текстов профессиональному переводчику следует ознакомиться с данными особенностями.

Язык фармацевтических текстов, как и язык любого научного текста, отличается точностью и четкостью. Такие тексты состоят из

коротких предложений, лишенных возвышенной лексики и большого количества прилагательных. Сложные понятия и идеи выражаются с помощью точных терминов: «каждый термин должен иметь единственное значение, принятое научным сообществом, облегчая, таким образом, обмен информацией на международном уровне» [5, с. 3].

А. Баллестерос, исследователь лингвистических особенностей медицинских текстов, считает, что узкопрофильная терминология занимает всего 30 % от всего фармацевтического текста и не представляет особой трудности для перевода. Однако он отмечает ряд особенностей в таких текстах, которые могут стать основными источниками проблем при переводе. Среди этих особенностей выделяются: использование иностранных заимствований, в большей степени английских, необоснованные кальки, наличие «ложных друзей переводчика», обилие сокращений, большое количество синонимов, множественные эпонимы, проблема обозначения рода, ударение и плеоназмы [6, с. 144].

Так как английский является важнейшим международным языком, обилие англицизмов в любом научно-техническом тексте является неизбежным. В фармацевтических текстах также не обошлось без них. Проблема англицизмов во французских медицинских текстах является одной из насущных и болезненных для переводчика, ведь зачастую они имеют французские эквиваленты. Франция на государственном уровне ведет политику сопротивления проникновению иностранных заимствований во французский язык, но они прочно закрепляются и в фармацевтической сфере. Так, например, английский термин *absorbant* (*абсорбент*) имеет более широкое распространение, чем его французский эквивалент *agent d'absorption*. Это подтверждают и другие примеры: англ. *blister* – фр. *plaque* – ячейковая упаковка для таблеток; англ. *check-up* – фр. *bilandesanté* – медицинский осмотр, обследование; англ. *booster* – фр. *renforceur* – усилитель; англ. *distillat* – фр. *produit distillé* – дистиллят; англ. *dosimètre* – фр. *contrôleur de radio-activité* – дозиметр.

Особое внимание следует уделять переводу сокращений. Во французских фармацевтических текстах ситуация усугубляется обилием окказиональных сокращений, которые в русском языке употребляются реже. Трудность перевода таких аббревиатур заклю-

чается в том, что они не фиксируются словарями. Примеры: IT (*indiceTiffenau*) – индекс Тифно, NVF (*nelfinavir*) – нелфинавир, APP/*app.* (*appendice*) – аппендицит, *ttt* (*traitement*) – лечение, BAAR (*bacillesacido-alcool-résistantes*) – палочки, устойчивые к кислотам и спиртам, IV (*intraveineaux*) – внутривенный, IM (*intramusculaire*) – внутримышечный. Значительное место в фармацевтических текстах занимают английские сокращения: англ. TSH (*thyreostimulatinghormon*) – фр. *Thyréostimuline* – ТТГ (тиреотропный тиреостимулирующий гормон), англ. LH-RH – фр. *Gonadolibérine* – ГрРГ (гонадолиберин). Во французских фармацевтических текстах также встречаются сокращения, которые могут иметь несколько значений. Так, например, аббревиатура SR может означать: *show-release* (*à liberationlente*) – (морфин) медленного высвобождения; *sedimentationrate* (*vitessedesédimentation*) – скорость седиментации; *sinusrhythm* (*rythmesinusal*) – синусовый ритм.

Излишнее увлечение транслитерацией приводит к абсурдным калькам: *déterminer* – детерминирует (определяет), *simultané* – симультантные (одновременные), *interaction* – интеракция (взаимодействие), *lasubstanceactive* – активная субстанция (активное вещество), *voied'administration: orale* – способ применения: орально (способ применения: внутрь).

Осложняют перевод фармацевтических текстов так называемые «ложные друзья переводчика» (ЛДП). Соответствия в конкретной паре языков могут быть полными или частичными, иногда они представлены разными словоформами, что служит причиною появления ЛДП: *tirage* – угнетение дыхания, а не тираж; *cachet* – таблетка, а не каше; *faculté* – свойство, а не факультет; *bocal* – банка, а не бокал; *tablette* – полка, а не таблетка; *alimentaire* – питательные, а не элементарные; *attaque* – приступ, а не атака; *fluide* – жидкость, а не флюид. Каждый такой случай до осуществления перевода требует тщательной словарной проверки.

Различаются также фармацевтические тексты во французском и русском языках употреблением эпонимов. Например, французское выражение «*angiodermitedeFavreetChaix*» имеет два эквивалента в русском языке – «ангиодерматит Фавра-Ше» и «охрянный дерматит». Однако во французском языке он практически не используется; более широкое распространение получил его синоним

«*dermiteocre*». Некоторые русские эпонимы попросту отсутствуют во французских словарях. Например, *болезнь Боткина*, которая во франкоязычных текстах передается как *hépatite épidémique*. Часто во французских текстах опускается нарицательная часть эпонима, для перевода на русский язык в таких случаях уместно использовать прием добавления: *Lasuguenégatif* – отрицательная проба Ласега.

В части грамматических и синтаксических расхождений между французским и русским языками, отметим, например, расхождения в роде одного и того же термина в разных языках. К примеру, французские фармацевтические термины на *-tion* – женского рода (*l'interruption du traitement, administration, indications remboursables*), в то время как в русском языке они имеют средний род (*прекращение лечения, применение, показания к применению*). Русские названия веществ на *-оза* (*лактоза, глюкоза*) – женского рода, в то время как французские (*lactose, glucose*) – мужского.

Еще одной распространенной грамматической особенностью является расхождение в употреблении прилагательных в словосочетаниях. Так для французского языка характерны прилагательные-определения, а для русского существительные-дополнения, сравним: *déficience calcique* – дефицит кальция, *contrainte visqueuse* – напряжение сдвига (*вязких тел*), *consomation spécifique* – норма расхода, *producteur pharmaceutique* – производитель фармацевтических препаратов.

К синтаксическим особенностям фармацевтических текстов, как в русском, так и во французском языках, можно отнести употребление инфинитивных форм глаголов с целью подчеркивания последовательности действий: *Tenir hors de la portée et de la vue des enfants* – Хранить в недоступном для детей месте. Еще одна особенность – прямое выражение запрета, усиленное во французском наречием «*jamais*»: *ne jamais laisser à la portée des enfants; encas... ne jamais arrêter... mais suivre...* – (никогда) не оставлять в доступном для детей месте; в случае... не прекращать, а продолжить. Кроме того, следует отметить наличие императивных конструкций, которые предполагают обязательное выполнение указанных действий: *en cas de... consultez immédiatement votre médecin* (в случае... срочно проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом).

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что основные трудности при переводе с французского языка на русский связаны с наличием в текстах оригинала: англицизмов, сокращений, калек, «ложных друзей переводчика», эпонимов, а также грамматических и синтаксических расхождений между двумя языками. Для преодоления подобных сложностей в переводе важны обширные специальные и фоновые знания, с одной стороны, и владение переводоведческим инструментарием, с другой.

Литература

1. Капитула, Л. С. Латинский язык с основами медицинской терминологии: учеб. пособие / Л. С. Капитула. — 2-е изд. — Минск : БГМУ, 2003. — 241 с. — Текст : непосредственный.
2. Косицкая, Ф. Л. Французский фармацевтический дискурс и его жанровая палитра / Ф. Л. Косицкая. — Текст : непосредственный. — Томск : Вестник ТГПУ, 2016. — С. 71-75.
3. Носова, Л. Н. О некоторых коммуникативных особенностях фармацевтического дискурса / Л. Н. Носова. — Текст : непосредственный // Коммуникация в социально-гуманитарном знании, экономике, образовании: III Междунар. науч.-практ. конф. — Минск, 2012. — С. 94-96.
4. Носова, Л. Н. Особенности структурно-смысловой композиции текстов инструкции к лекарственным препаратам на примере французского языка / Л. Н. Носова. — Текст : непосредственный. // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — Тамбов : Грамота, 2013. — № 1. — С.133-135.
5. Ambulydegui, E. S. Manual de terminologia m̀dica/ Edwin Salaca Ambulydegui. — Текст : электронный. — URL :<https://glossarissimo.wordpress.com/2015/07/24/es-pdf-manual-de-terminologia-medica-edwin-saldana-ambulodegui/> (дата обращения: 05.03.2020).
6. Ballesteros, A. El lenguaje de la medicina / A. Ballesteros. — Текст : непосредственный // Сбtedra de innovaciyn e gestiyn sanitaria. — Madrid, 2016. — P. 137-146.

О. А. Васильева, ст. преподаватель

О. В. Золотова, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ

В статье рассматриваются активные методы обучения и их применение в высшей школе. Использование данных методов способствует вовлечению студентов в активную учебно-познавательную деятельность. Активные методы обучения отвечают потребностям современной педагогики, а также широко применяются в изучении иностранных языков. Интенсивная работа во время занятия формирует навыки и умения, необходимые для будущих медицинских работников.

Active teaching methods and their application in higher education are discussed in this article. The use of these methods contributes to the involvement of students in active educational and cognitive activities. Active teaching methods meet the needs of modern pedagogy, and are also widely used in the study of foreign languages. Intensive work during the lesson forms the skills necessary for future medical workers.

Ключевые слова: активные методы обучения, мозговой штурм, обсуждение, кластер, ролевая игра, метод проектов.

Key words: active teaching methods, brainstorm, discussion, cluster, role-play, projects.

В двадцать первом веке педагоги и учебные заведения столкнулись с проблемой быстро меняющихся требований для удовлетворения потребностей учащихся нового поколения. Традиционные лекции, которые в течение десятилетий были формой обучения и преподавания, оказались недостаточными для предоставления возможностей обучения студентам и преподавателям. Поэтому учебные заведения все чаще отказываются от традиционных методов обучения. Развитие современных технологий и ускорение ритма жизни оказывают влияние на все сферы деятельности современного человека и на все области научного познания. Необходимость примене-

ния актуальных подходов в обучении продиктована данными изменениями и влияет на выбор методов и технологий в педагогической деятельности.

Учебный процесс главным образом основан на двух видах деятельности, преподаватель отправляет информацию, а студенты получают ее. Инновационные методы также имеют дело с этим процессом, и их цель состоит в том, чтобы оценить деятельность преподавателя и студентов, используя новые способы и методы обучения, включая новые технические средства обучения.

Как известно, методологический подход в преподавании иностранных языков можно разделить на три группы. Это пассивные методы, активные методы, а также интерактивные методы. Объектом данной статьи являются активные методы обучения, используемые для формирования навыков эффективной коммуникации. А.М. Смолкин дает следующее определение: «Активные методы обучения — это способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов» [2, с.30].

Активные методы обучения представляют собой методы, отвечающие потребностям современных студентов и преподавателей во всех областях науки, изучение и преподавание иностранных языков не стало исключением. Активными называют такие методы обучения, которые стимулируют студентов к мыслительной активности, созданию новых продуктов знания и формируют компетентные умения и возможности их применения на практике.

Данный вопрос на протяжении долгого времени являлся предметом постоянного изучения. Ниже приведены некоторые типы активных методов:

Мозговой штурм. Это техника для генерирования новых идей по теме. Этот метод стимулирует творческую активность студентов в решении задач и выражении своих идей. Здесь обычно приводятся различные варианты решения проблемы. В мозговом штурме важно количество высказываний, но не качество. Преподаватель должен слушать все высказывания и не критиковать их. Вместо этого он вдохновляет студентов предлагать, как можно больше вариантов решения проблемы. Отсутствие критики создает благоприятные условия для того, чтобы студенты могли свободно выражать свои идеи, и это, конечно, мотивирует их. В конце мозгового штурма все высказанные предложения записываются, а затем анализируются.

Обсуждение. Этот метод требует изучения учебного материала по теме перед началом обсуждения. Изучив лексико-грамматический материал по теме, студенты могут начать обсуждение. Этот метод помогает студентам последовательно и логически выражать свои идеи, представляя основания для своих высказываний. Здесь студенты работают в небольших группах, и это улучшает их активность, потому что каждый член группы может выразить свои мысли и принять участие в обсуждении.

Этапы организации групповой работы могут быть следующими: а) выбор темы; б) изучение студентами выбранной темы; в) формирование групп; г) инструктаж преподавателя, определение тайминга; д) контроль активности студентов и, если необходимо, помощь и стимуляция; е) дискуссии — один представитель от каждой группы, представляет итоги групповой работы.

Кластер. Следующий активный метод — кластерный. В настоящее время это один из широко используемых методов обучения иностранным языкам. Он может быть использован на всех этапах преподавания иностранного языка как для школьников, так и для студентов. Представляя новые слова, педагог пишет новое слово на доске. И тогда студенты называют слова, которые можно использовать вместе с данным словом. Например: преподаватель дает задание составить словосочетания со словом «заболевание»: тяжелое заболевание, хроническое заболевание, инфекционное заболевание, лечить заболевание, диагностика заболевания и т.д. Этот метод вовлекает всех студентов в активную работу и мотивирует к речевой деятельности. Это может быть эффективно использовано в улучшении монологических речевых привычек и навыков.

Ролевая игра. Ролевая игра также является одним из видов деятельности, относящимся к активным методам обучения. Она применяется для повышения эффективности обучения. Ролевая игра вовлекает студентов в активную работу, положительно влияя на их деятельность. Это создает благоприятные условия для совместной работы. Такая атмосфера создает мотивацию, повышает личностный потенциал внутренней активности и помогает формировать практические навыки и умения. В ходе ролевой игры формируются и совершенствуются такие навыки, как творчество, выход из сложных ситуаций, находчивость, самоуправление. Ролевая игра имеет не только образовательную цель, но и социальные цели, по-

тому что здесь моделируются профессионально-ориентированные ситуации для обучения. Например, ситуации: врач – пациент, медсестра – пациент, фармацевт – покупатель и т.д. Когда преподаватель использует метод ролевых игр при обучении иностранному языку, он должен следовать приведенным ниже инструкциям: 1) создать доброжелательную атмосферу на занятии среди студентов, которые принимают участие в игре; 2) студенты должны чувствовать себя свободными, и это поможет им идеально играть свою роль; 3) способствовать благоприятным условиям учебного процесса; 4) принимать во внимание личные особенности учащихся.

Метод проектов. Это активный метод, представляющий сочетание различных типов деятельности, а именно познавательной, аналитической и творческой с применением мультимедиа в виде текстовых, аудио- и видеоматериалов, с помощью которых студент представляет итоги своего исследования. Преимуществом использования данного метода обучения является его положительное влияние на формирование речевых навыков. Данный метод помогает обобщить изученный материал и стимулирует самостоятельную деятельность студентов в рамках изученной темы.

Активные методы обучения вовлекают студентов в активную учебно-познавательную деятельность. Активность обучаемых – это их интенсивная деятельность и практическая подготовка в процессе обучения и применение знаний, сформированных навыков и умений. Активность в обучении является условием сознательного усвоения знаний, умений и навыков [1, с. 173-178]. Данные методы способствуют овладению знаниями, необходимыми для профессионального общения и будущей профессиональной деятельности, развивают креативные способности студентов. Основой активных методов обучения является диалог между преподавателем и студентами и между самими студентами, что, несомненно, стимулирует развитие навыков коммуникации, умений решать проблемы и речевых компетенций.

Литература

1. Психология и педагогика : учебное пособие / под ред. К. А. Абульхамовой, Н. В. Васиной, Л. Г. Лаптева, В. А. Слостенина. – Москва : «Совершенство», 1998. – 300 с. – Текст : непосредственный.
2. Смолкин А. М. Методы активного обучения / А. М. Смолкин. – Москва : Высшая школа, 1991. – 176 с. – Текст : непосредственный.

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

С. Н. Бельдиев, канд. мед. наук, доцент

Д. А. Гавриленко, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГЛОЯЗЫЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Статья затрагивает некоторые методические аспекты изучения медицинской терминологии в медицинском вузе. Рассматриваются типичные проблемы, возникающие на занятиях иностранным языком специальности, а также сложности, с которыми обучающиеся сталкиваются при использовании англоязычной литературы в дальнейшем.

The article deals with some methodological aspects of studying medical terminology at a medical University. The article discusses typical problems that arise while teaching English for specific (medical) purposes, as well as the difficulties that senior students face when using English-language medical literature.

Ключевые слова: медицинская терминология, английский для специальных целей, словообразование, терминологизация, синонимия, методика преподавания.

Key words: medical terminology, English for special purposes, word formation, terminologization, synonymy, methods of teaching.

В число слагаемых успеха молодого специалиста на современном рынке труда наряду с высокими профессиональными навыками и уверенным владением информационными технологиями входит знание как минимум одного иностранного языка. В большинстве случаев студенты стараются выбрать изучение английского как языка международного делового, профессионального и научного общения.

В практической деятельности автором статьи реализуется дидактическая модель, включающая три основных уровня владения иностранным языком:

- 1) базовый уровень;
- 2) язык делового общения, применительно к медицинской сфере понимаемый как язык устного неофициального общения в рам-

ках профессиональных мероприятий, письменной деловой коммуникации, общения с пациентами и т.д.

- 3) профессионально-ориентированный уровень, т.е. язык научной и практической литературы по различным областям и проблемам медицины, выступление с научными докладами на международных конференциях, подготовка статей в международные журналы и т.д.

Как известно, основой любого профессионального языка является терминология соответствующей сферы. Чем более развитой является наука, тем более системной и сложной является ее терминология. Медицинская наука, ввиду своего разветвленности, обладает чрезвычайно развитой терминологией, которая представляет собой многоуровневую систему, состоящую из множества не менее сложных подсистем [6]. Она находится в постоянном движении, происходит регулярное пополнение и совершенствование терминологии, возникают новые термины и целые системы терминов, исчезают или переосмысливаются уже существующие.

Значительный корпус терминологических единиц, с которыми приходится иметь дело студентам медицинских и фармацевтических специальностей, достаточно традиционен, устойчив, стандартизирован. Сюда можно отнести анатомические, биологические, химические, физиологические, гистологические единицы. Некоторая их часть используется в англоязычных текстах в виде чистых заимствований из латинского языка, при этом калькированный вариант может применяться лишь в качестве пояснения значения термина. Например: *The external globus pallidus is the segment of the globus pallidus that is lateral from the midline of the brain. Globus pallidus means «pale globe» in Latin, indicating its appearance.*

Студенты «видят внутреннюю форму» производных терминов на основании сформированного у них навыка вычленения корневых терминоэлементов латинского и греческого происхождения, а также флексий и словообразовательных элементов (аффиксов и аффиксоидов). Часть словообразовательных аффиксоидов (-aemia, -tomy, onco- и т. д.) развилась из самостоятельных слов. Фактически, они были искусственно «получены» из латинских и греческих слов с целью давать наименования возникающим научным поняти-

ям и не употребляются в современном языке как независимые лексические единицы.

Определенную помощь студентам (особенно тем, которые еще не приступили к изучению клинических дисциплин на родном языке, но вынуждены читать специальные тексты на иностранном) оказывает знание полной словарной формы латинского слова, от которого образован соответствующий современный термин, и навык определения его практической основы (в случае присутствия чередования). Например, в предложении *With the gradual eradication of H. pylori and the increase in the use of NSAIDs, the proportion of H. pylori-negative peptic ulcers has been increasing* обучающимся предлагается объяснить значение слова *eradication*, не прибегая к словарю: *eradication* <е- “из” + -radic- “корень” (от лат. *radix, icis*). На основании проведенного анализа делается вывод, что эрадикация — это искоренение, т. е. уничтожение, устранение чего-либо. Таким образом, латинские и греческие терминологические элементы, несомненно, являются «ключом» к пониманию медицинского текста и переводу иноязычного материала на родной язык. Они позволяют развивать языковую догадку, уменьшить число обращений к словарю.

Нельзя, однако, однозначно утверждать, что данный факт облегчает работу преподавателя иностранного языка специальности. Обучающиеся не всегда способны «опознать» формальные признаки латинского заимствования, что приводит в ряде случаев к неправильному использованию определенных его форм в высказывании. Так, например, форма *bacteria* расценивается как форма единственного числа, вероятно, по аналогии с русским *бактерия*, хотя подобные ошибки не зафиксированы в отношении множественного числа слова *atrium* (*atria*).

Трудности могут быть обусловлены наличием значительного числа синонимов в медицинской лексике, а в некоторых областях медицинской науки синонимы составляют 25-40% терминологического корпуса [3, с. 131]. Вряд ли можно согласиться с утверждением, что во всех случаях мы имеем дело с синонимией в медицинской терминологии, с абсолютными синонимами, или дублетами. В ряде случаев наблюдается разный «семантический объем» кажущихся синонимичными терминов. Например, *adverse events* — понятие более широкое, чем *side effects* и *adverse drug reactions*, которые

предполагают присутствие причинно-следственной связи с приемом препарата, в то время как для первого подобная связь не является обязательной [4, с. 46].

Во многих случаях мы имеем дело с разграничениями по сферам употребления (профессиональной / непрофессиональной, устной / письменной, общение врача с пациентом определенной социальной / возрастной группы). Так, в наименованиях анатомических структур могут функционировать латинские заимствования, а в устной и иногда письменной сферах профессионального общения (в особенности, врачей с пациентами) им соответствуют английские слова. Например: *intestines – bowels, esophagus – gullet, trachea – windpipe*. Ряд наименований анатомических структур обозначаются исключительно при помощи заимствованного варианта без английского эквивалента, например, *peritoneum, mediastinum, diaphragm*.

Особое внимание преподаватель должен уделить случаям, когда при образовании наименований патологических состояний, заболеваний, хирургических вмешательств используются латинские или греческие терминологические элементы, даже если анатомическая структура обозначается английским словом, например, *tongue, но glossitis*. Сложности у обучающихся вызывают и прилагательные, соответствующие наименованиям анатомических структур: *kidney, но renal; thigh, но femoral; stomach, но gastric*.

Наряду с традиционной, стандартизированной медицинской лексикой присутствуют бурно развивающиеся терминологии различных клинических областей, иногда довольно узких и редких, которые характеризуются сниженной терминологической упорядоченностью. В основе этого явления лежит крайне интенсивное развитие научных знаний, возникающая необходимость в довольно сжатые сроки дать наименование новым клиническим состояниям, симптомам и признакам заболеваний, диагностическим устройствам и процедурам и т. д. Терминология постоянно изменяется, но студенту сложно держать все время «реку на пульсе» [2, с. 230]. Подмечено, что если в прошлом при образовании терминологической лексики преобладали способы словопроизводства и словосложения с использованием корней греческого и латинского происхождения, то в настоящее время зарегистрированы примеры соединения классических терминологических элементов с английскими (примером может по-

служить термин *bendopnea* [5, с. 202]), а на первое место по продуктивности вышел синтаксический способ, когда образуется сложный термин из нескольких слов (например, *bloodflowvelocity*, *narrowpulsepressure*, *Cheyne-Stokesrespiration*). Подобные структуры довольно быстро подвергаются аббревиации, являясь чрезвычайно громоздкими, например, SARS ‘*SevereAcuteRespiratorySyndrome*’, COVID ‘*COronaVirusDisease*’.

Работа над такими терминами не ограничивается лексической стороной вопроса. Правильное понимание грамматической структуры подобных единиц (в особенности, тех, которые представляют собой «цепочки» существительных из двух и более компонентов) и, соответственно, их правильный перевод требует анализа большого количества сложных терминов разной структуры. Рассматривая термины не изолированно, а в сопоставлении с другими элементами терминосистемы, преподаватель формирует у студента навык анализа сложных терминологических единиц, особенно необходимый для понимания текстов узкой тематики и текстов инновационных сфер медицинской науки, наполненных терминологией, еще не вошедшей в словари и общую практику, принадлежащей на данный момент к какой-то отдельной научной школе.

Один из важных процессов, с которым обучающиеся сталкиваются на занятиях иностранным языком специальности и при чтении иноязычной литературы на старших курсах, является процесс терминологизации общеупотребительной лексики, когда слово общелитературного языка входит с терминосистему и в ней получает вполне определенное содержание, четкую дефиницию [7].

При этом слово, развивая новое терминологическое значение, может одновременно продолжать функционировать в общелитературном языке, обладая иногда довольно размытой семантикой, как, например, слова *occasional* и *rare*, используемые как термины в фармацевтических контекстах [4, с. 48]. Таким образом, происходит переосмысление единицы общего языка и образование семантического неологизма.

Показательным примером является использование слова *sign* в терминологическом значении «объективный симптом», под влиянием которого русское слово *признак* стало проявлять тенденцию к терминологизации. У слова *признак* при этом не утрачивается об-

щее, более широкое значение, но происходит семантическая модуляция, значение сужается, становится более специализированным. Обучающиеся могут столкнуться с проблемой точного перевода такого термина (например, *Nikolski's sign* — этот именно «симптом Никольского», а не знак, признак и т.д.) и встречаемости подобных единиц в одном тексте сразу в двух значениях, когда при отсутствии опыта (и профессионального, и переводческого) иногда сложно увидеть разницу между общелитературным и специальным значениями [1, с. 222].

Таким образом, основная задача — научить будущих специалистов понимать и переводить тексты независимо от их будущей специальности. Необходимо выстроить алгоритм работы со специальной лексикой, обучающиеся должны научиться правильно определять начальную форму слова, отнесенность к специальной / общепотребительной лексике, вычленять словообразовательные маркеры, которые помогут студентам-нефилологам осознать терминологию как систему взаимосвязанных понятий, а не просто список специальных слов и выражений.

Литература

1. Гавриленко, Н. Г. О некоторых проблемах перевода англоязычных медицинских терминов на русский язык / Н. Г. Гавриленко, С. Н. Бельдиев, Д. Ю. Платонов, Т. В. Сороковикова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции (11 апреля 2019 года). — Тверь, 2019. — С. 218-222.
2. Гордеева, Л. К. Некоторые проблемы перевода медицинского термина в специальных текстах студентами медицинского вуза / Л. К. Гордеева. — Текст : непосредственный // Материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции «Медицинский дискурс: теория и практика», Тверь 2019 г. — С. 229-231.
3. Деревлева, Н. В. О некоторых проблемах перевода англоязычной медицинской литературы, связанных с широким развитием синонимии в медицинской терминологии / Н. В. Деревлева, А. А. Шульга. — Текст : непосредственный // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2009.- №3. — С. 131-132. — Библиогр.: с. 132 (5 назв.).

4. Отражение зарубежных данных об ulcerогенном действии никорандила в отечественных публикациях 2009-2018 годов / С. Н. Бельдиев, И. В. Егорова, Н. Г. Гавриленко [и др.]. — Текст : непосредственный // Медицина. — 2019. — Т. 7, № 2(26). — С. 40-58. — Библиогр.: с. 51 (50 назв.).
5. Платонов, Д. Ю. Терминотворчество и проблемы перевода англоязычной терминологии на русский язык клинической терминологии (на примере термина bendорпеа) / Д. Ю. Платонов, С. Н. Бельдиев, Н. Г. Гавриленко, Т. С. Мясникова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 6-й Всероссийской научно-практической и образовательной конференции с международным участием (12 апреля 2018 года). — Тверь, 2018. — С. 202-205.
6. Соколова, А. Ю. Металингвизм в преподавании английского языка / А. Ю. Соколова. — Текст : непосредственный // Филологический аспект. — 2019. — № 1 (45). — С. 101-111.
7. Соколова, А. Ю. Самоопределение как основное средство обеспечения эффективности учебной деятельности на уроке иностранного языка / А. Ю. Соколова. — Текст : непосредственный // Иностранные языки в школе. — 2005. — № 4. — С. 20-22.

З.Ф. Корнева, канд. психол. наук, доцент

Е.А. Кармалькова, канд. мед.наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Владение иностранным языком способствует повышению профессиональной компетенции. Динамическая наглядность способствует овладению языком. Предпочитаются упражнения, которые развивают языковую догадку. Необходимы умения, которые способствуют прогнозированию на языковом уровне.

Language proficiency contributes to professional competency. Dynamic visual aids facilitates language acquisition. Exercises aimed at linguistic guess are preferable. The skills of prediction at the level of language material are required.

Ключевые слова: профессиональная компетенция, межкультурная коммуникация, владение языком, языковая догадка, умение.

Key words: professional competency, intercultural communication, language proficiency, linguistic guess, skill.

Без знания иностранных языков невозможен научно-технический прогресс. В современном мире владение иностранным языком дает возможность знакомиться с современными технологиями, способствует повышению профессиональной компетенции, дает возможность легче установить профессиональные контакты с зарубежными коллегами.

Основной целью обучения иностранному языку в неязыковом вузе является формирование у студентов способности и готовности к межкультурной коммуникации в сфере профессиональной деятельности. При этом современный специалист, совмещая в своей профессиональной деятельности две компетенции: профессиональную и языковую, получает лингво-профессиональную компетентность, благодаря которой он может посредством компьютеризации и глобальной сети Internet оперативно знакомиться с новейшими достижениями в своей профессиональной области [1, с.12].

В результате мировой глобализации и интеграции произошел бурный рост межкультурных контактов во всех сферах медицинских знаний, появилось большое разнообразие межкультурного общения. В связи с этим владение иностранным языком является одним из условий успешной адаптации в социальном и профессиональном пространстве.

Наблюдающийся в последнее время в медицинской студенческой и врачебной среде повышенный интерес к изучению иностранных языков может осуществлять влияние на сознание и деятельность людей и давать некоторые преимущества в личной и медицинской коммуникации.

Владение иностранным языком на хорошем уровне дает различные профессиональные, социальные и экономические преимущества, как индивидам, так и странам. Кроме того, научные исследования доказали, что изучение иностранного языка повышает гибкость ума и творческие способности когнитивного компонента, способствует накоплению и анализу информации в сфере медицины, приобретению умений и навыков, необходимых для выполнения профессиональных функций.

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, является его организационной опорой. Учебная и самостоятельная работа взаимосвязаны и дополняют друг друга. Все это мобилизует личностные возможности, снижает волевое усилие, необходимое для работы и приводит в действие творческие возможности учащихся. Предпочтение отдается упражнениям, развивающим языковую догадку и способствующим выработке умений прогнозировать на языковом уровне.

Речемыслительная деятельность взрослых учащихся, которые недостаточно владеют структурой иноязычной фразы, как известно, осуществляется вначале на родном языке. Затем происходит подстановка лексико-грамматических эквивалентов иностранного языка.

Известно, что «вклинивание» речемыслительной деятельности на родном языке на каждом этапе овладения иностранным языком

у каждого человека происходит не одинаково и имеет индивидуальные особенности [3, с.89].

В основном, речь на иностранном языке, несмотря на индивидуальные особенности учащихся и на различные способы ее стимулирования, происходит почти с одинаковой степенью «вклинивания» родного языка.

Исследования показали, что в каждый момент времени количество поступающей информации ограничивается самим испытуемым. Имеющаяся информация извлекается из памяти с переменной скоростью. При высоких уровнях нагрузки это является причиной ухудшения результатов [2, с.288]. Поиск необходимой грамматической структуры невозможен без прочного удержания программы высказывания. Иногда же недостаточно только удержания программы, но необходим и ее пересмотр. Невозможностью его организации и объясняется некоторая неадекватность в употреблении времен и в согласовании, хотя это и не приводит к искажению смысла. Это вызвано неспособностью говорящих к перефразированию, которая зависит в основном от процессов прогнозирования и сличения реально поступившей ситуации с прогнозируемой. Особенно часто вызывают затруднения поиски формулировок, которые служат для обеспечения единства фразы и способствуют последовательному развертыванию действия. Для выражения зависимости необходимо употребление определенного порядка слов, союзов, предлогов, что дает возможность, применяя только средства языка, выражать любые отношения в сложных конструкциях. Известно, что в древних формах современных языков предпочтение отдавалось простым, малокомпонентным фразам, которые были включены в состав практического действия. Выбор союзов, союзных слов и предлогов, которые обеспечивают единство предложения, значительно труднее, нежели выбор существительных и глаголов. Особенно это касается языков с аналитическим строем языка. Считают, что французский язык, благодаря предлогам «а» и «de» сохранил синтаксические падежи латинского языка, а английский язык имеет большое количество функциональных слов.

Интенсивное и глубокое преподавание иностранного языка студентам-медикам поможет им в построении своей профессиональной карьеры, даст возможность с большей вероятностью внедрять но-

вейшие стандарты качества в сфере своей профессиональной деятельности и мануальных навыков. К нашему большому сожалению то время, которое отводится для изучения иностранного языка в неязыковом вузе, очень осложняет овладение иностранным языком, не способствует достижению необходимого уровня знаний, которые могут послужить дальнейшему самообразованию.

Необходимо целенаправленное использование средств и возможностей иностранного языка в профессиональной подготовке специалиста с целью формирования у него коммуникативной компетентности, как необходимой составляющей глобальной стратегии личностного профессионального становления и развития индивида.

Не подлежит сомнению и тот факт, что мотивация особенно важна в изучении иностранного языка, она делает его изучение успешным.

Мотивационная составляющая иноязычной профессиональной компетенции проявляется в осознании необходимости овладения иностранным языком и коммуникативно-речевыми умениями для профессиональной деятельности.

В последнее время все большее значение в числе профессионально-значимых качеств выпускников медицинских вузов занимает умение свободно общаться на иностранном языке в сфере профессиональной деятельности. Особую актуальность приобретает профессионально ориентированный подход к обучению иностранному языку в медицинском вузе, который предусматривает формирование у студентов способности иноязычного общения в конкретных профессиональных, деловых, научных сферах и ситуациях с учетом особенностей профессионального мышления.

Желательно глубже и полнее концентрировать студента-медика на тех аспектах иностранного языка, которые отражают специфику его профессиональной деятельности для сравнительно более простого, легкого и конкретного освоения языка, позволяющего понимать и выражаться на иностранном языке. Преподаватели должны наиболее подробно изучить факторы, влияющие на мотивацию студентов-медиков именно потому, что эта ответственность целиком лежит в зоне их компетенции и контроля. Учебная мотивация — движущая и ведущая сила процесса развития личности, ее познава-

тельных потребностей, «внутренний стимул» в отношении к овладению и культуре изучаемого языка [4, с.1396].

От того, насколько студенты подготовлены к предстоящей работе, от мотивации выполняемой ими работы, от психологически и методически обоснованной организации учебного процесса 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 и эрудиции будущих специалистов.

Литература

1. Зайцева, С. Е. Формирование мотивации изучения иностранного языка у студентов неязыковых специальностей / С. Е. Зайцева. — Текст : непосредственный // Научный аспект. — 2012. — № 4. — С.10-15.
2. Зибел, Р. Инженерная психология за рубежом: Кратковременная память при стрессе, вызванном перегрузкой при входе / Р. Зибел, Р. Е. Крист, У. Х. Тичнер. — Москва : Прогресс. 1967. — 494 с. — Текст : непосредственный.
3. Корнева, З. Ф. Развитие иноязычной устной речи средствами динамической предметной наглядности : специальность 19.00.07 «Педагогическая психология» : дис. на соиск.уч.степ. канд. психол. наук / Зоя Федоровна Корнева : Минск, 1984. — 166 с. — Текст : непосредственный.
4. Логинова, А. В. Способы повышения мотивации студентов к изучению иностранного языка / А. В. Логинова, Н. А. Отбанов. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2015. — № 11. — С.1395-1397.

И. Ю. Курицына, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В ФОРМАТЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

The article describes teaching of medical terminology in the distance learning format, examines the specifics of interaction between a teacher and a student in a new format, describes the experience of selecting educational and methodological complexes for training and the technologies used for distance learning.

В статье идет речь о дистанционном обучении латинскому языку и основам медицинской терминологии в сфере медицинского образования, рассматривается специфика взаимодействия преподавателя и студента в новых условиях, описывается опыт подбора учебно-методических комплексов по дисциплине и применяемые технологии в учебном процессе при ДО.

Ключевые слова: дистанционное обучение, латинский язык и медицинская терминология, учебно-методический комплекс, самостоятельная работа студентов, кейс и телекоммуникативные технологии.

Key words: distance learning, Latin and basis of medical terminology, educational and methodical complex independent students' work, case- and telecommunication techniques.

Латинский язык всегда занимал особое место в медицинской профессии. Владение медицинской терминологией является одной из профессиональных компетенций будущего врача. В связи с этим важен грамотный подход к обучению и подготовке специалистов по дисциплине «Латинский язык» в медицинских вузах.

На сегодняшний день одной из важнейших задач современного образования является переход от так называемой «знаниевой» парадигмы к системно-деятельностной, которая предусматривает воспитание сознательного отношения студентов к овладению теоретическими и практическими знаниями, привитие привычки к напряженному интеллектуальному труду. В преподавании языков переход к деятельностной модели образования активизировал коммуника-

тивно-функциональное направление, основная цель которого — обучение языку как деятельности — имеет одинаковое значение как для овладения живым разговорным языком, так и мёртвым языком — основам терминологии, медицинской латыни, которая представляет собой инструмент коммуникации в профессиональной деятельности врача [4].

Преподавание латинского языка и основ медицинской терминологии до недавнего времени проходило в традиционных формах обучения по основной образовательной программе высшего образования

- очной по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Фармация»;
- заочной по специальности: «Высшее сестринское образование».

Но нестандартные ситуации и меняющиеся социальные обстоятельства требуют поиска новых решений для организации обучения в сфере медицинского образования. В связи с этим все более актуальным становится формат дистанционного обучения.

Под дистанционным обучением понимают взаимодействие педагога и обучающегося на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемые специфичными средствами интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность [4]. Дистанционное обучение на базе компьютерных телекоммуникаций все более уверенно заявляет о себе. В Законе об образовании РФ (ФЗ РФ «Об образовании в Российской Федерации») рекомендовано при реализации образовательных программ:

- использование различных образовательных технологий, в том числе дистанционные образовательные технологии (ДОТ), электронное обучение (ст.13);
- взаимодействие обучающихся и педагогических работников с помощью технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей (ст.16).

При дистанционном обучении широко применяется интерактивное взаимодействие, которое предполагает диалог любых субъектов друг с другом с использованием доступных им средств и методов.

При этом предполагается активное участие в диалоге обеих сторон — обмен вопросами и ответами, управление ходом диалога, контроль за выполнением принятых решений и т.п. Телекоммуникационная среда, предназначенная для общения миллионов людей друг с другом, априори представляет собой интерактивную среду. При дистанционном обучении субъектами в интерактивном взаимодействии выступают преподаватели и студенты, а средствами осуществления подобного взаимодействия — электронная почта, телеконференция, диалоги в режиме реального времени [2].

В настоящее время преподавание латинского языка в медицинских вузах осуществляется по двум направлениям: теоретическому и практическому. Многие современные методические пособия по латинскому языку имеют прагматичный принцип преподавания и ориентируются на увеличение аутодидактического компонента в подаче материала. Задача преподавателя — мотивировать студента, вызвать интерес к предмету, что позволит увеличить эффективность самоподготовки и усвоения учебного материала. В условиях ДО самостоятельная работа является основным видом деятельности обучающегося. На наш взгляд, она должна строиться на самостоятельной познавательной деятельности студента, в помощь которому приходят телекоммуникационные, интернет- и кейс-технологии, а в обязанность преподавателя входит подбор и предоставление комплекса учебно-методических материалов и пособий по дисциплине, «сопровождение», консультирование обучающегося.

Вместе с тем, опыт обучения латинскому языку дистанционно в нашей стране крайне ограничен и применим, главным образом, в образовательной сфере юридических и филологических специальностях [4]. Дистанционная форма изучения латинского языка и основ медицинской терминологии представляет собой новый формат освоения дисциплины. Переход требует изменений как со стороны обучающегося, так и со стороны преподавателя. Как относительно новое явление в сфере обучения медицинским специальностям ДО имеет свою специфику: непрерывность обучения, открытость и индивидуальный подход в осуществлении учебного процесса, централизм (на базе определенного вуза), наличие преподавателей-консультантов (тьюторов). Отличаясь от традиционных форм обучения, дистанционное обучение представляет их гибрид. От заочной

формы оно «наследует» принцип удаленности, а от очной — индивидуальный подход к каждому обучающемуся.

В 2020 году студенты и преподаватели нашего медицинского вуза в силу обстоятельств были поставлены перед необходимостью изучать в дистанционном формате два подраздела медицинской латыни: клинической и фармацевтической терминологии. Поскольку переход от прежней системы организации учебного процесса к новой был ограничен временными параметрами, мы постарались совместить методику обучения латинского языка в дистанционном формате с традиционными формами обучения. Важным аспектом ДО стал отбор и структурная организация предлагаемого материала. Из дистанционных образовательных технологий применялись кейс- и интернет технологии. Кейс-комплекты включали: учебно-методические и справочные материалы; терминологические словари по подразделам; тренировочные тестовые задания, подготовленные преподавателями кафедры; базовой учебник по латинскому языку на традиционном бумажном носителе. Обучающиеся были обеспечены электронными версиями контрольных работ. Для консультативного педагогического сопровождения были привлечены сетевые технологии.

Доступность тьюторов, постоянно поддерживающих обратную связь для полноценного освоения материала по дисциплине, индивидуальные консультации, как в синхронном, так и в асинхронном режиме представляют собой только часть работы преподавателя в формате ДО. Принцип обязательной отчётности обучающегося по всем разделам медицинской терминологии сохраняется при изучение всех разделов модулей. В целях дифференцированного подхода оценка знаний переводится в систему баллов, так осуществляется рейтинговый контроль. Стало очевидно, что модульная система, применяемая по освоению медицинской терминологии, оптимальна как при традиционных формах обучения, так и при дистанционной форме. Каждый модуль включает отдельные кейсы по темам: лекции с грамматическим материалом и терминологическими составляющими; лексические минимумы (по 6 в каждом модуле), которые студенты должны усвоить для грамотного построения любых номенклатурных наименований; тренировочные и рубежные работы, позволяющие оценить степень усвоения материала по теме. Проверка тренировоч-

ных и контрольных (рубежных) работ также проходит в режимах on-line или off-line. Непрерывное педагогическое сопровождение, направленное на предотвращение трудностей у студентов 1 курса, возложило на преподавателя дополнительную нагрузку и вызывало определенные трудности. В качестве координаторов ДО были привлечены старосты студенческих групп, которые являлись промежуточным звеном между преподавателем и обучающимися.

Следует отметить, что при практическом использовании ДО имеются определенные трудности и проблемы. Основная — это доступ к Интернет ресурсам. На второе место выходит недостаточная компьютерная грамотность обеих сторон. Сложность вызывает и аутентификация пользователя при проверке знаний. Низкая культура интеркоммуникации в сетях, превращение обучающихся в пассивных потребителей знаний, преобладание обучения в письменной форме — ряд факторов, которые негативно влияют на качество ДО.

Но хочется отметить и положительные стороны дистанционного обучения. На практике решается сразу несколько дидактических задач: самооценка и контроль за своей успеваемостью позволяют обучающемуся управлять учебным процессом, что в свою очередь, повышает мотивацию для самообразования; происходит обобщение и систематизация знаний и умений. Получение знаний выступает не как цель, а как способ развития личности в общем и в профессиональной сфере.

Наш небольшой опыт убедил нас в правильности выбранного направления. Учебный процесс при дистанционном обучении включает в себя основные формы традиционной организации учебного процесса. Формирование практических навыков и умений полноценно осуществляется как при традиционных формах обучения дисциплины «Латинский язык», так и при применении ИТ-технологий в формате дистанционного образования. Дистанционное обучение — оптимальный способ обучения в вузе для высокомотивированных к обучению людей. Однако стоит забывать, что основа такого обучения — самостоятельная работа и сильная мотивация самого обучающегося.

В заключение следует отметить, что медицина эта та сфера деятельности, где на первый план выходит обучение практическим навыкам и умениям, а значит заочный или дистанционный формат

обучения должен применяться избирательно. Дистанционное обучение с внедрением новейших IT-технологий охватывает все больше профессиональных областей. Переход наДО требует не только улучшение материальной базы, оснащения и привлечения специалистов в области информационных технологий, но и подготовленность преподавательского состава, изменение его менталитета и отношения к этому виду образования.

Литература

1. Горский, В. Д. Компьютер и образование / В. Д. Горский, Т. А. Василькова. Текст : непосредственный. — Москва : АПН СССР, 1991. — 117с.
2. Проблемы информатизации высшей школы / Бюллетень. — Текст : непосредственный. — Москва : Министерство образования и науки РФ. Федеральное агентство по образованию; Гос.НИИ системной интеграции Госкомвуза России. — Вып.3, 1995.
3. Российская Федерация. Законы. Закон «Об образовании» № 3266-1. Ст.32. : Федеральный закон Российской Федерации : принят Государственной Думой 10 июля 1992 года. Текст : непосредственный // www.consultant.ru (дата обращения 25.03.20).
4. Шиканова, Т. А. Из опыта создания учебного пособия по латинскому языку для дистанционной формы обучения / Т.А. Шиканова. — Текст : непосредственный // Сборник материалов Всероссийской учебно-научно-методической конференции заведующих кафедрами и курсами латинского языка и основ терминологии «Научные и методические проблемы медицинской и фармацевтической терминологии». — Курск, 2006. — С.214-218.

Т. С. Мясникова, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СРЕДСТВО МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.

В статье рассматривается одна из наиболее актуальных проблем современной педагогики и психологии — проблема формирования и развития устойчивой мотивации к изучению иностранного языка в непрофильных вузах. Автор статьи предприняла попытку продемонстрировать положительное влияние применения современных образовательных технологий на развитие мотивации у студентов, изучающих иностранный язык для специальных целей в медицинском вузе. В статье сделан акцент на преимуществах современных образовательных технологий, которые способствуют решению задач, стоящих перед преподавателем иностранного языка в медицинском вузе сегодня.

The article discusses one of the most topical issues of modern pedagogy and psychology. It is the problem of the formation and development of stable motivation to learn a foreign language in a medical university. In the article an attempt is made to demonstrate the positive influence of applying modern techniques of teaching foreign languages on motivating medical students' activity. The advantages of modern techniques of teaching foreign languages that help to achieve the goals facing a foreign language teacher of a medical university today are revealed.

Ключевые слова: методика преподавания иностранных языков, мотивация, медицинский вуз, английский язык для специальных целей, процесс обучения, эффективность.

Keywords: methods of foreign language teaching, motivation, high medical school, English for special purposes, learning process, efficiency.

На современном этапе развития общества существует запрос на подготовку специалиста, готового как теоретически, так и практически к осуществлению своей профессиональной деятельности. В этом и есть суть профессиональной компетентности.

В настоящее время преподаватель иностранного языка в медицинском вузе сталкивается со сложной и очень важной проблемой развития мотивации к изучению иностранного языка для специальных целей у обучающихся. Задача преподавателя заключается в том, чтобы создать условия для формирования и развития мотивации среди студентов с низким ее уровнем, а для более мотивированной части обучающихся необходимо создание среды, которая способствует поддержанию и развитию мотивации, без которой невозможен даже минимальный успех в образовательной деятельности. Стоит отметить, что согласно последним исследованиям высоко мотивированные студенты, которые не обладают блестящими способностями, достигают значительно больших результатов, чем способные, но немотивированные студенты, что еще раз подчеркивает значимость рассматриваемой в статье проблемы, которая по праву является одной из важнейших проблем современной педагогики и психологии.

В современной науке нет единого взгляда на суть мотивации, взаимоотношения и взаимовлияние внутренней и внешней ее форм. Вслед за И. А. Зимней мы будем рассматривать мотивацию как «обязательный компонент структуры учебной деятельности. Она может быть внутренней или внешней по отношению к деятельности, но всегда остается внутренней характеристикой личности как субъекта этой деятельности» [2, с. 183]. В соответствии с теорией И. А. Зимней выделяются два типа мотивов, которые характерны для учебной деятельности. Это познавательный мотив и мотив достижения. Познавательный мотив — базовый мотив учебно-познавательной деятельности [2, с. 183]. Именно он заставляет обучающихся улучшать свои знания, впоследствии продолжить обучение, например, поступив в аспирантуру. Очень важным, ключевым моментом учебной деятельности является мотив достижения, проявляющийся в профессиональных амбициях, что, в свою очередь, приводит к повышению социального статуса. Повышение социального статуса — один из основных мотивов поведения большинства людей. Таким образом, гармоничное сочетание внешней и внутренней мотиваций способно привести к максимальной эффективности процесса обучения иностранному языку.

Создание высокой мотивации к обучению иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе, то есть осознание важности и необходимости изучения этого предмета, который не является профилирующей дисциплиной, как гаранта дальнейшей успешной профессиональной деятельности — цель преподавателя иностранного языка, достижению которой способствует применение на занятиях современных образовательных технологий. К подобным эффективным методам обучения можно отнести проектную методику, методику case-study, ролевую игру и многое другое. Следует отметить, что наибольшего результата, на наш взгляд, можно достичь применяя не просто отдельные методики в чистом виде, а комбинируя их в зависимости от степени подготовки, потенциала конкретной учебной группы.

Грамотный выбор и умелое сочетание современных образовательных методик, в основе которых лежат мультимедийные и информационно-коммуникационные технологии, как нельзя лучше способствует формированию и развитию мотивации к изучению иностранного языка для профессиональных целей в медицинском вузе.

Использование современных образовательных технологий позволяет учитывать все факторы, оказывающие влияние на формирование устойчивой мотивации к учебной деятельности [5]. Одним из важнейших среди них, безусловно, является содержание учебного материала. Все знания, которые студент приобретает во время занятий обязательно должны иметь выход за пределами вуза. В этой связи стоит отметить, что преподавателю иностранного языка в медицинском вузе необходимо постоянно самосовершенствоваться в языке специальности, которую осваивают студенты, то есть в предлагаемых обстоятельствах как в собственно-медицинской сфере, так и в области родственных областей знаний (биологии, химии и так далее). Знания, полученные на занятиях по иностранному языку для специальных целей, должны иметь непосредственное отношение к выбранной будущей профессии. Роль иностранного языка в современном мире, в профессиональном сообществе должна постоянно разъясняться преподавателем на занятиях не только в форме бесед воспитательного характера, но также путем привлечения студентов к участию в различных проектах межкультурной коммуникации, в основе которых лежат современные информационные технологии.

Участие в видеоконференциях, посещение лекций, которые читают носители языка — все это не только открывает для обучающихся новые возможности сотрудничества с зарубежными коллегами, но и значительно повышает мотивацию к изучению профессионально ориентированного иностранного языка. Сами же подобные виды работы, основанные на актуальных возможностях информационных технологий, могут рассматриваться как современные технологии, которые необходимо активно внедрять в образовательный процесс на данном этапе развития общества.

Таким образом, практико-ориентированный подход к обучению является ключевым для создания устойчивой, постоянно растущей мотивации к изучению иностранного языка для специальных целей в медицинском вузе. В связи с этим особенно эффективными представляются методика *case-study*, проектная методика и ролевая игра.

Методика *case-study* заключается в обучении иностранному языку, основанном на анализе определенных ситуативных задач. Безусловным преимуществом данной методики является развитие у обучающихся аналитических способностей, умения разбираться в сути проблемы, находить оптимальные пути решения. Методика *case-study* позволяет развивать умения работать в команде и одновременно предоставляет возможность проявить себя каждому. Студенты учатся продуктивно взаимодействовать друг с другом, правильно формулировать цели, стоящие как перед всей командой, так и перед отдельно взятым участником. Применение данной методики позволяет вовлечь каждого студента учебной группы в работу, обучающиеся перестают чувствовать себя просто наблюдателями, становятся активными участниками образовательного процесса, что существенно повышает мотивацию, а, следовательно, объем и степень усвоения материала изучаемой дисциплины.

Аналогичным образом работает и проектная методика. При подготовке проекта очень важно, во-первых, выбрать интересную, актуальную тему, связанную с дальнейшей профессиональной деятельностью обучающегося, а также педагогически грамотно сформировать группы и распределить обязанности среди студентов, которые работают над тем или иным проектом. При правильной подготовке к применению данной методики на занятиях по иностранному языку для специальных целей можно также существенно повысить степень и объем усвоения информации обучающимися.

Профессионально ориентированная ролевая игра создает прекрасную мотивацию для активной речевой деятельности [1]. Суть данной образовательной технологии заключается в том, чтобы построить модель взаимодействия во время общения, создавая условную обстановку будущей профессиональной деятельности. Задача преподавателя заключается в том, чтобы найти актуальные проблемы, ситуации, с которыми будущие врачи могут столкнуться в реальной жизни. Решение подобных реально коммуникативных задач способствует повышению мотивации к изучению иностранного языка специальности, заставляя активизировать речевую и мыслительную деятельность обучающихся. В рамках ролевой игры должен быть создан мотив для общения, побуждающий и определяющий развитие речевой деятельности.

Применение современных образовательных технологий на занятиях по иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе подразумевает формирование комплекса принципиально важных умений, развитие которых также благотворно влияет и на развитие мотивации к изучению иностранного языка. Все перечисленные выше методики способствуют развитию аналитических, практически умений, коммуникативных, творческих способностей, очень важной с точки зрения будущей профессиональной успешности социальной компетенции.

Роль преподавателя в современном обществе меняется. Преподавателю необходимо выстроить образовательный процесс таким образом, чтобы каждый обучающийся воспринимал себя равноправным участником образовательного процесса. Преподаватель должен понимать уровень мотивации студентов к изучению иностранного языка специальности, выяснять и анализировать причины низкой мотивации, одновременно создавая условия для ее формирования и роста. В формировании мотивации к изучению иностранного языка огромную роль играет непосредственно организация учебной деятельности.

Организация учебной деятельности, особенности педагогической деятельности, стиль преподавателя способны хорошо мотивировать или наоборот свести мотивацию студентов к изучению иностранного языка специальности к нулю. Очень важно, чтобы преподаватель четко формулировал цели и задачи, которые стоят перед

студентами в рамках освоения предложенной дисциплины. Принципиально важным, как уже отмечалось выше, является тот факт, что вся образовательная деятельность студентов должна быть ориентирована на будущую профессиональную деятельность, в работе всегда должен использоваться актуальный и интересный материал, подобранный с учетом особенностей и потребностей конкретной учебной группы. Очень важно выстроить педагогически грамотно отношения преподавателя и студентов, а также студентов внутри коллектива, в учебной группе. Необходимо создавать доброжелательную и деловую обстановку, благоприятный микроклимат с низким уровнем напряженности. Преподаватель должен восприниматься как справедливый, дружелюбный, готовый оказать поддержку и уважающий мнение и ценности своих студентов равноправный участник и организатор образовательного процесса. Только такая обстановка способствует росту устойчивой мотивации на занятиях по иностранному языку для специальных целей.

Все эти принципы способствуют формированию не только внешней мотивации, которая основана на возможности путешествовать и свободно общаться или успешно контактировать с зарубежными коллегами, но и, что является особенно важным, внутренней мотивации. Именно внутренняя мотивация формирует желание обучающегося учиться, заставляет его получать удовольствие от своей деятельности, проявлять творческий подход к работе.

Таким образом, современное общество предъявляет к образованию в целом и образованию будущих врачей в частности целый ряд требований, важнейшим из которых является владение на высоком уровне иностранным языком и иностранным языком для специальных целей, что является залогом профессиональной успешности будущего врача. В этой связи остро встает вопрос о формировании и развитии устойчивой мотивации к изучению иностранного языка у студентов неязыковых, в частности, медицинских вузов. Профессиональная ориентированность образования, привлечение студентов к общению с зарубежными коллегами и участию в различных международных проектах, переосмысление организации учебного процесса, роли преподавателя в образовательном процессе — все те факторы, от которых зависит мотивация студентов. Решение же проблемы, связанное с формированием и развитием устой-

чивой мотивации к изучению иностранного языка для специальных целей, на наш взгляд, заключается в активном внедрении современных образовательных технологий, которые позволяют решать задачи, стоящие перед преподавателем иностранного языка для специальных целей в медицинском вузе сегодня.

Литература

1. Алхазишвили, А. А. Психологические основы обучения устной иностранной речи / А. А. Алхазишвили. — Тбилиси : Ганатлеба, 1974. — 159 с. — Библиогр.: с.158. — Текст: непосредственный.
2. Зимняя, И. А. Педагогическая психология: учебное пособие для вузов / И. А. Зимняя. — Изд. второе, доп., испр. и перераб. — Москва : Логос, 2000. — 384 с.— Библиогр.: с. 298 –384. — ISBN 5-88439-097-1 — Текст : непосредственный.
3. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. — Санкт — Петербург : Питер, 2000. — 508 с.: ил. — Библиогр.: с. 500-507. — ISBN 978-5-459-00574-5 — Текст : непосредственный.
4. Конышева, А. В. Современные методы обучения английскому языку / А. В. Конышева. —Изд. 3-е. — Минск : Тетра-Системс, 2005. — 176 с.: ил. — Библиогр.: с. 134–139. — ISBN 985-470-203-0 — Текст : непосредственный.
5. Маркова, А. К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте: пособие для учителя / А. К. Маркова. — Москва : Просвещение, 1983. — 96 с. —Текст : непосредственный.
6. Уваров, В. И. Актуальные проблемы преподавания иностранного языка в неязыковом вузе и их возможные решения / В. И. Уваров. — DOI: 10.28995/2073-6398-2018-3-145-156. —Текст: электронный // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». — 2018. — № 3 (13). — С. 145-156. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-prepodavaniya-inostrannogo-yazyka-v-neyazykovom-vuze-i-ih-vozmozhnye-resheniya> (дата обращения 12.03.2020).

А.В. Новикова, преподаватель

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь,
Российская Федерация

ДИСКУССИЯ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ SOFTSKILLS БУДУЩЕГО ВРАЧА

В статье идет речь о подготовке будущего врача, который в настоящее время должен не только хорошо разбираться в своей профессии, но и обладать определенными гибкими навыками. На занятиях русского языка как иностранного развитию таких навыков способствует применение дискуссии. Автор рассматривает функции дискуссии, цели, акцентирует внимание на тщательности выбора темы и возможных результатах дискуссии.

The article deals with the preparation of a future doctor, who at present should not only be well versed in his profession, but also have certain soft skills. In the classes of the Russian language as a foreign language, the development of such skills is facilitated by the use of discussion. The author examines the functions of the discussion, goals, focuses on the thoroughness of the choice of topics and the possible results of the discussion.

Ключевые слова: дискуссия, softskills, профессионализм, коммуникация, проблематика.

Key words: discussion, soft skills, professionalism, communication, problems.

Современная высшая школа ориентирована на обучение, стимулирующее развитие личности учащегося. Нынешнего работодателя интересует не только хороший диплом. Он оценивает потенциально-го сотрудника и по личностным качествам, таким как: навыки публичного выступления, умение работать в коллективе, умение проявлять инициативу, логически мыслить, получать информацию и использовать ее и т.д. Все это имеет непосредственное отношение к умениям, объединенных названием softskills. И занятия по русскому языку как иностранному не должны оставаться в стороне этих тенденций.

Коммуникация в рамках занятий может проходить в разных формах. Среди видов диалога дискуссия считается самым сложным

в преподавании иностранного языка [2, с. 152]. Дискуссия — это не только важная форма коммуникации и метод решения спорных вопросов, но и своеобразный способ познания. Результат дискуссии — общий вывод, поэтому она не должна быть борьбой взглядов, а формой коллективной работы.

Умение работать в команде — одно из ключевых требований, предъявляемых сотруднику, в рамках softskills. В современном обществе ситуации противостояния мнений возникают в разных сферах жизни, поэтому дискуссия на занятиях РКИ подготовит почву для решения конфликтных ситуаций, научит корректно вести себя в споре, грамотно аргументировать свою точку зрения, поэтому можно говорить об адаптационной функции дискуссии.

Дискуссия — это публичное обсуждение проблем, спорных вопросов, важная форма интеллектуального общения, конечный результат которого — нахождение истины. Цель дискуссии — выявить различия в понимании вопросов и в процессе обсуждения найти истину, прийти к общему мнению. Она является эффективным способом убеждения, так как ее участники сами приходят к тому или иному выводу [3, с. 347].

Кроме адаптационной функции дискуссии, необходимо выделить и другие:

- обучающая (приобретение определенных навыков, опыта, закрепление имеющихся знаний и умений в ходе обсуждения);
- развивающая (стимулирование творческой активности, развитие умений мыслить самостоятельно, аргументировать и отстаивать свою точку зрения, формирование общей культуры речи);
- воспитательная (формирование социальной компетенции студентов, также дискуссия способствует формированию основ ораторского мастерства [1, с. 95].

Дискуссия обладает определенными признаками: групповая работа участников, активное общение, направленность на достижение учебных целей. На занятиях РКИ используются организованные дискуссии. Чтобы они стали востребованным и желанным видом занятия, дискуссии требуют серьезной подготовки как в грамматико-лексическом плане, так и тематически-содержательном.

Тема, которую преподаватель предлагает, должна быть стимулом для активизации речевой деятельности участников, должна да-

вать возможность расширять их языковые знания. Чтобы участники проявили себя в ходе обсуждения, проблематика должна быть интересной и соответствующей уровню языковой и интеллектуальной подготовки. Будущих врачей не оставит равнодушными проблематика, связанная с их специальностью (эвтаназия, вакцинация, эксперименты над животными, поиск таблетки бессмертия и др.)

Преподаватель может предложить базовые источники для изучения проблематики. Но студенты не должны ограничиваться этим списком. Умение работать с информацией — фундаментальный навык современного специалиста, предполагающий критическую оценку информации с точки зрения достоверности, логичности и убедительности. Если подготовку к дискуссии превратить в групповой вид работы, то это поспособствует укреплению межличностных отношений, развитию взаимодействия учащихся в учебном процессе.

На этапе обмена мнениями преподаватель должен направлять участников дискуссии, акцентировать внимание на ключевых моментах, сдерживать возможные конфликты, которые превратят занятие в неорганизованную перепалку.

Удачно проведенная дискуссия способствует развитию умения идти на компромисс, признавать логичность доводов оппонента, умение слушать других, задавать правильные вопросы и анализировать полученную информацию, развитию гибкости мышления, формированию культуры речи, способность формулировать и отстаивать собственное мнение. Все эти навыки будут полезны будущему врачу при общении как с коллегами, так и с пациентами.

Таким образом, дискуссия на занятиях РКИ дает возможность развивать многие гибкие навыки. Считаем, что ключевыми можем назвать следующие: умение работать с информацией, выражать свое мнение, аргументировать его, высказывать контраргументы, накопление знаний по острым проблемам современности и знаний из профессиональной сферы, взаимодействие с людьми, развитие межличностных отношений.

Литература

1. Зарецкая, Е. Н. Риторика: Теория и практика речевой коммуникации / Е. Н. Зарецкая. — Москва : Дело, 2002. — 480 с. — ISBN 5-7149-0114-9. — Текст : непосредственный.

2. Методика преподавания иностранных языков в средних учебных заведениях / под ред. С. Ю. Николаевой. — 2-е изд., перераб. и доп — Киев : Ленвит, 2002. — 328 с. — Текст : непосредственный.
3. Босак, К. І. Співвідношення понять «суперечка», «дискусія» і «полеміка». Етичні аспекти культури дискусій / К. І. Босак, Л. М. Сивак. — Текст : непосредственный // Молодий вчений. — 2016. — №4. — С. 346-349.

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

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

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ ИНОЯЗЫЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ

В статье рассматривается роль технологий электронного обучения в практике профессионально ориентированного обучения иностранному языку. Внедрение электронных средств в образовательный процесс обеспечивает студентам аутентичными материалами, делает занятия более интересными, информативными и эффективными, повышает мотивацию и вдохновение, что способствует прочному овладению иноязычной коммуникативной компетенцией и развитию автономного обучения. Использование электронных средств обучения позволяет обучающимся улучшить владение английским языком за более короткий период времени и обеспечивает более высокий уровень подготовки специалистов.

The paper highlights the role of e-learning technologies in the development of professionally oriented foreign language teaching practices. Incorporation of electronic media into the educational process provides students with authentic materials, makes the lessons more interesting, informative and effective, enhances students' motivation and enthusiasm, which contributes to sound acquisition of foreign language communicative competence and the development of autonomous learning. The use of electronic education tools enables learners to improve their English language proficiency in shorter periods of time and promotes a higher level of specialist training.

Ключевые слова: технологии электронного обучения, профессионально ориентированное обучение иностранному языку, коммуникативная компетенция, автономное обучение, владение языком.

Key words: e-learning technologies, professionally oriented foreign language teaching, communicative competence, autonomous learning, language proficiency.

Проблема профессионально ориентированного иноязычного образования, формирование иноязычной коммуникативной компетенции у выпускников вузов, готовых осуществлять профессиональную деятельность в условиях нового поликультурного и мультилингвального пространства, является одной из самых актуальных, в том числе и в неязыковых вузах.

Владение иностранным языком, обеспечивающее будущим специалистам получение информации из оригинальных зарубежных источников, самостоятельное оценивание научных идей, выдвигаемых зарубежными учеными, сотрудничество со своими коллегами из-за рубежа стало необходимым условием профессионализма и в сфере медицины.

Важным вектором развития и совершенствования иноязычной профессионально ориентированной коммуникативной компетенции является внедрение электронных средств обучения и создание информационно насыщенной образовательной среды, которые ускоряют передачу знаний и способствуют информационной компетентности будущего специалиста.

Занятие с применением электронных средств обучения представляет собой качественно новую форму организации образовательного процесса по иностранному языку на основе сочетания традиционной методики изучения нового материала с методикой применения компьютерных технологий, поэтому многие исследователи называют его комбинированным (blended, hybrid, mixedlearning).

Освоение информационного пространства и его адаптация к обучению иноязычному общению является одной из приоритетных задач современного языкового образования. Информационно-коммуникационная образовательная среда является доступной, полифункциональной, интерактивной системой, призванной не только информационно-методически обеспечивать образовательный процесс, но и одновременно управлять им [1, с.4].

Технологии электронного обучения позволяют

- обеспечить доступ к постоянно обновляемым источникам информации сети Интернет;
- визуализировать информацию с помощью презентаций MS PowerPoint и использовать аутентичные аудио- и видеоматериалы на иностранном языке;

- сохранять в цифровой форме неограниченное количество аутентичной информации;
- накапливать учебные материалы, обрабатывать и редактировать их, передавать на любые расстояния;
- осуществлять индивидуальное обучение, предоставляя выбор удобного времени, места и темпа работы;
- организовать выход в реальный социокультурный контекст с возможностью межкультурного общения и обмена информацией на иностранном языке;
- обеспечить своевременную обратную связь;
- формировать способность к анализу своей учебной деятельности и ее результатов (рефлексия).

Особую актуальность и популярность сегодня приобретают наряду с Интернет-ресурсами подкасты, online-платформы, электронные учебно-методические комплексы. Одним из инструментов комбинированного обучения является открытая электронная обучающая платформа MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment), которая обладает удобной системой управления и эффективно используется в иноязычном образовании.

Эффективности работы в системе способствует прежде всего многоканальный способ подачи информации: в виде текста, звука и видеоизображения. Как известно, информация усваивается более оптимально, если при ее восприятии задействованы несколько органов чувств и преподаватель может учитывать учебные стили своих студентов, их индивидуальные особенности восприятия учебного материала.

Moodle интегрирует широкий набор ресурсов и инструментов, включающих форумы, чаты, тестовые задания, учебный журнал, словари, материалы для аудирования, видеоматериалы, ссылки, online-тестирование и т.д. Для тренировки лексических, грамматических и речевых структур к каждому уроку или модулю разрабатываются тесты.

Тестовые задания могут быть сформулированы в закрытой форме: множественный выбор, с ответом «верно/не верно», задания на соответствие. При этом существует возможность повторного выполнения теста и сравнения полученного результата с ключом, т.е. возможность самоконтроля и самостоятельной коррекции ошибок.

Интересен и тот факт, что платформа предоставляет возможность как преподавателю, так и студенту отследить динамику успеха, т.к. на платформе отражается время, затраченное на выполнение заданий и количество попыток, которые понадобились студенту для успешного выполнения теста.

Таким способом прослеживается уровень прогресса в самостоятельной работе обучающихся, и преподаватель решает, кого из студентов нужно дополнительно мотивировать к работе, поощрить за активность дополнительными баллами или комментариями.

Основными преимуществами использования платформы MOODLE для обучения иностранному языку являются:

- значительное повышение самостоятельности студента;
- возможность реализации творческих проектов различной сложности, участие в которых развивает ответственность студентов и в конечном итоге стимулирует разработку новых стратегий и путей решения проблемы;
- возможность взаимодействия с другими субъектами образовательной среды, что позволяет повысить активность и учебную автономность студента, устраняет скованность и страх, способствует формированию субъекта деятельности;
- возможность регулярного анализа результатов учебной деятельности студентов, снижение затрат на управление учебным процессом.

Развитие автономности обучающихся позволяет им в дальнейшем использовать приобретенные компетенции в профессиональном контексте деятельности.

Таким образом, использование технологий e-learning стимулирует интерес и повышает мотивацию к изучению иностранного языка, позволяет достичь более высокого качественного уровня владения иностранным языком, способствует развитию автономности и становлению профессиональной компетентности будущих специалистов.

Литература

1. Гальскова Н.Д. Электронное обучение иностранным языкам: лингводидактический потенциал / Н. Д. Гальскова, Д. К. Бартош. — Текст : непосредственный // ИЯШ. — 2017. — №6 — С. 2-9.

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

И. И. Комаров, канд. мед. наук, ассистент

Л. С. Жухоров, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Российская Федерация

ДИСКУРС И ТЕКСТОВАЯ КУЛЬТУРА В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ

В настоящее время текстовая культура не потеряла своей актуальности и значимости, она сохраняется и широко используется в обучении студентов. При этом современный студент применяет вербальный и письменный текст, текстовую культуру и визуальную информацию, которые он интерпретирует, оценивает и связывает со своей будущей профессиональной деятельностью. Все это способствует тренировке памяти и рационально-логического мышления, способствует запоминанию и правописанию профессиональных медицинских терминов в результате чего, у студента формируется клиническое мышление.

Currently, the text culture has not lost its relevance and significance, it remains and is widely used in teaching students. At the same time, the modern student uses verbal and written text, text culture, and visual information, which he interprets, evaluates, and associates with his future professional activity. All this contributes to the training of memory and rational logical thinking, promotes memorization and spelling of professional medical terms as a result, the student is formed clinical thinking

Ключевые слова: вербальный дискурс, письменный дискурс, текстовая культура, студент.

Key words: verbal discourse, written discourse, text culture, student.

Человечество давно использует текстовый дискурс, еще до нашей эры правители многих государств имели в своей собственности обширнейшие библиотеки, в которых были собраны труды древних философов, врачей, астрологов, некоторые из них дошли до наших времен и имеют большую историческую ценность. Посредством текста люди общались между собой, а именно писали письма, а также обменивались информацией, в частности, читали книги, журналы, газеты. Обучение детей происходило с использованием книг — пись-

менного дискурса и, непосредственно, с участием учителя, который дополнительно к книге применял вербальный дискурс. Обучение стоило очень дорого, поэтому его могли позволить не все, а только состоятельные люди. Знания, заключенные в книге, помогали в обучении, воспитании, хранении различной информации, а также способствовали ее передаче последующим поколениям.

В настоящее время можно с уверенностью сказать, что книга, а именно текстовый дискурс [1, с 32], [2, с. 4], не потеряла свое значение и сейчас, но претерпевает существенные изменения. Связано это, с тем, что сегодня в обучение внедряются различные электронные девайсы, используемые вместо учебников, распространяется работа с интернет-источниками, т.д., то есть текстовая культура становится электронной текстовой культурой, которая сама по себе в ряде случаев представляется фрагментарной, различно технологичной. Новые технологии позволяют сбечь текст любого источника, оцифровать его и размножить. Все это направлено на то, чтобы более длительно (навечно) сохранить текст и сделать книгу или любой другой источник доступными широким массам. Однако проблема состоит в том, что ранее книгу читали, а сейчас ее стараются просмотреть фрагментарно, не используя свое сознание. Современное поколение пользуется «клиппингом» везде, в быту, обучении, общении друг с другом. Это состояние коротких сообщений, которое становится свойственно и старшему поколению.

С распространением электронного обучения становится все шире и сложнее роль преподавателя. Были предложены различные варианты названий преподавателя в электронной среде тренер, лидер, преподаватель, куратор, мотиватор, наставник, посредник и даже производственный координатор (перевод английских вариантов coach, leader, tutor, moderator, facilitator, motivator, mentor, mediator and production coordinator). Современный преподаватель [3, с.1137; 4, с. 71] действительно выполняет различные роли: модератор, тьютор, координатор образовательных платформ, игропедагог, тренер по майнд-фитнесу и др. Но при выполнении всех обязанностей преподавателем используется вербальный и письменный дискурс и изначально текстовая культура (книга, пособие, методические разработки и т.д.). Сейчас в образовании, в том числе и медицинском, постепенно происходит замена текстового восприятия

знаний, на игровые развлекательные технологии. Происходит смена приоритетов. Однозначно на вопрос, оправдано ли это, ответить нельзя. Необходимо принять во внимание то, что в медицинском вузе применяются инновационные методы и технологии в преподавании как фундаментальных, так и клинических дисциплин. Широко используются фильмы, презентации, интернет-источники, различные схемы, блоки и т.д. Все это может применяться для развития визуального мышления, если обучающийся уже имеет базовые знания и развитое интегральное, системное, логическое и наглядно-образное мышление. Проверить студента, знаком ли он с текстовой культурой и имеет ли указанные виды мышления просто. Предложить ему написать самостоятельно реферат или собрать материал для маленькой научной работы. Студенту придется обратиться в библиотеку (к текстовой культуре) за нужной информацией, всегда знание находилось и будет находиться в книге бумажного или электронного происхождения. Но эту информацию ему необходимо переработать по теме задания, построить текст логически, структурировать его, показать целостную картину. Изложенный текстовый дискурс будет заимствован им из многих источников, при этом должен быть исключен плагиат, потому как визуальный текст требует интерпретации, анализа и базовых знаний. У современного студента такой опыт не всегда успешный, но в данном случае у обучающегося происходит диалог между текстом и его собственной интерпретацией прочитанного в виде визуальной или вербальной подачи материала [3, с.1138; 4, с. 73].

Студенту медицинского вуза приходится постоянно работать с текстом, письменным и вербальным дискурсом на семинарских занятиях и при курации больных. Будущему врачу приходится учиться разговаривать с больным, строить разговор о болезни, соблюдать алгоритм опроса, объективного осмотра, диагностики и дифференциальной диагностики. Затем, по полученным данным нужно написать историю болезни по схеме или кураторский лист. При этом алгоритмы запоминаются и неукоснительно соблюдаются, все это тренирует память и рационально-логическое мышление, письменный дискурс позволяет строить предложение и применять медицинские термины с учетом их правописания.

Кроме того, у студента формируется клиническое мышление. При прочтении медицинского текста студенту необходимо его осмыслить, запомнить определение болезни, причины, патогенез, клинику, диагностику, профилактику, тактику лечения и т.д. При этом он пользуется учебником либо книжного, либо электронного варианта, создает и запоминает образ болезни и ее проявлений, соотносит его с текстом, активизирует свою интерпретационную деятельность.

Таким образом, текстовая культура не потеряла своей актуальности и значимости, сохраняется и широко используется в обучении. При этом современный студент применяет вербальный и письменный текст, текстовую культуру и визуальную информацию, которые он интерпретирует, оценивает и связывает со своей будущей профессиональной деятельностью. А профессия педагога и преподавателя значительно видоизменяется, будучи направленной на оптимизацию воспитательного и образовательного процесса.

Литература

1. Кондаков, И. В. Текст экранный и «книжный»: глубина интерпретации / И.В. Кондаков. — Текст : непосредственный // Наука телевидения. — 2014. — №11. — С. 89.
2. Мамина, Р. И. Текстовая культура в условиях современной информационной цивилизации / Р.И. Мамина, Л.С. Московчук. — Текст : непосредственный // Библиосфера. — 2015. — Т 4, №4. — С. 3-8.
3. Симбирцева, Н. А. Особенности прочтения текста культуры / Н.А. Симбирцева. — Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 10. — С. 1136–1140.
4. Симбирцева, Н. А. Текст культуры: факторы и механизмы интерпретации. / Н.А. Симбирцева. — Текст : непосредственный // Вестник славянских культур. — 2017. — Т. 46. — С. 70-85.

О. В. Простотина, ст. преподаватель

И. А. Скачинская, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ ПРОИЗНОШЕНИЮ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

В статье рассматривается важность работы над произношением в процессе обучения иностранному языку в неязыковом вузе. Анализируются особенности формирования фонетических навыков у студентов-медиков: сопроводительный курс фонетики, включение традиционных фонетических упражнений, широкое использование информационных и коммуникационных технологий.

Some aspects of the pronunciation training at non-linguistic higher education institution in the medical discourse context. The article deals with the importance of the work on pronunciation in the course of foreign language training at non-linguistic higher education institution. Peculiarities of the medical students' skill formation are analyzed: phonetics supporting course, traditional phonetic exercises inclusion, wide usage of information and communication technologies.

Ключевые слова: неязыковой вуз, аппроксимация, работа над произношением, студенты-медики, фонетические упражнения, телемедицина, хоровая речь.

Keywords: non-linguistic higher education institution, approximation, work on pronunciation, medical students, phonetic exercises, telemedicine, choral speech.

В период глобализации и тесного научного сотрудничества во всех сферах деятельности, а также в условиях единого информационного пространства, знание иностранных языков становится неотъемлемой частью характеристики высококвалифицированного специалиста. Владение иностранным языком (одним или несколькими) все больше приобретает характер универсальной профессиональной компетенции.

Пристальное внимание к изучению иностранных языков в медицинском вузе обусловлено необходимостью готовить высококлассных специалистов, способных к общению, непосредственно

связанному с практической и научной деятельностью врача, профессионалов, готовых излагать и отстаивать свою точку зрения по разным вопросам медицины. На уровне высшего профессионального образования изучение иностранных языков воплощается в стратегии профессионально-ориентированного обучения [1].

Необходимо отметить, что в системе высшего профессионального образования существует так называемое разделение учебных дисциплин на специальные и общенаучные («профильные» и «непрофильные» или «общеобразовательные»). Хотя иностранный язык и относится к общеобразовательным дисциплинам и количество часов, выделяемое в программе на его изучение невелико, интерес к изучению языков неизменно растёт. Наибольшей популярностью пользуются английский и немецкий языки. Об этом свидетельствует количество студентов в группах, изучающих эти языки в Белорусском государственном медицинском университете (БГМУ). Заинтересованность студентов объясняется в первую очередь ролью этих языков в современном мире: развитием торгово-экономических отношений, появлением мировой компьютерной сети Интернет, развитием и усовершенствованием инновационных технологий, методов лечения в медицине, возможностями стажировки за границей и обмена опытом с иностранными коллегами.

При изучении иностранного языка важны все языковые аспекты (фонетика, грамматика и устная речь). Что касается фонетики, то в неязыковом вузе преподаватели придерживаются, как правило, идеи аппроксимации, т.е. приближения к правильному произношению. При этом далеко не все иностранные звуки подвергаются обработке, а для некоторых звуков допускается приблизительное артикулирование. Однако аппроксимация не должна допускать искажения в речевом потоке звуков, имеющих смысловозначительное значение[2].

Обучение фонетическому аспекту является неотъемлемым условием межкультурной коммуникации. Ведь первое, на что мы автоматически обращаем внимание при общении с людьми, — это произношение, чистота и правильность речи. Если не уделять внимания такому аспекту как произношение, то артикуляционный аппарат привыкнет к неправильной артикуляции звуков, и в этом случае будет сложно контролировать свою речь. Особенно это важно для англ-

лийского и немецкого языков, поскольку правильность произношения зачастую влияет на смысл высказывания. В рамках медицинского дискурса это приобретает чрезвычайное значение. Ведь неточности в произношении могут повлечь за собой ошибки в понимании и, как следствие, в постановке диагноза и назначении лечения.

В этой связи следует отметить, что в последние годы бурное развитие получила новая отрасль здравоохранения, так называемая телемедицина. Телемедицинские технологии позволяют врачам и пациентам общаться в режиме реального времени, а так же осуществлять взаимодействие медицинских работников между собой. В Республике Беларусь к участию в телемедицинских консультациях и консилиумах все чаще стали привлекать иностранных специалистов. Ошибки в произношении и неразвитые фонетические навыки могут, без сомнения, затруднить профессиональное общение.

Обучение иностранному языку студентов БГМУ имеет свои специфические особенности. Дело в том, что они сразу же начинают изучать латинский язык, в котором, как известно, существуют свои правила произношения, как в любом другом языке. В связи с этим у студентов-медиков возникают сложности и путаница при произношении и заучивании слов.

К сожалению, фонетика как самостоятельный раздел курса программой не предусмотрена, тем не менее, фонетические и орфоэпические навыки у студентов развивать необходимо. Это достигается благодаря прослушиванию и заучиванию лексико-грамматического минимума, а также чтению различной трудности текстов вслух, составлению диалогов и устных тем. Причем работа над произношением должна проводиться как на материале текстов социокультурной тематики, так и на материале специальных.

При малой сетке часов в работу над новым лексико-грамматическим материалом необходимо включать и фонетическую зарядку. При выполнении фонетических упражнений большую роль играет хоровая речь. В процессе хоровой работы успешно развиваются новые артикуляционные навыки и умения, а также хорошо подчеркивается специфика звука. Регулярно проводимая фонетическая зарядка способствует автоматизации фонетических навыков. При отработке фонетических навыков следует уделять внимание на словесное ударение, интонационное оформление предложения, на

противопоставление долготы и краткости, закрытости и открытости гласных звуков, и глухости конечных согласных.

Основываясь на практическом опыте, мы пришли к выводу, что работу над формированием фонетических навыков следует начинать с азов, то есть с алфавита. Именно поэтому при переводе текстов мы используем традиционные словари и предлагаем студентам на занятиях избегать использования гаджетов. Такой прием позволяет повторить правильное «самостоятельное» произношение букв, буквосочетаний, а также расположение букв алфавита и транскрипцию. Это помогает студентам быстро и самостоятельно найти, и правильно прочитать встречающиеся в новом тексте трудные слова и пополнить свой лексический минимум.

Обучая студентов чтению и переводу литературы медицинского профиля, необходимо добиться правильного произношения медицинской терминологии, встречаемой в тексте. Правильно произнесенное несколько раз слово легче запоминается, чем тоже слово, увиденное в его графическом изображении. Неправильное произношение, связанное с отсутствием четкой артикуляционной базы, свойственной иностранному языку, уменьшает эффективность обучения [3].

Для более успешного обучения мы активно используем на занятиях различные виды аудирования с последующим произнесением. В связи с этим предъявляются высокие требования к речи преподавателя вообще и к ее фонетическому уровню в частности. Речь преподавателя в этом смысле должна быть образцовой.

Таким образом, мы можем считать задачу по овладению фонетическим аспектом разговорной речи решенной, только выработав как артикуляционные, так и интонационные навыки. Работа над совершенствованием произношения должна проводиться на всех этапах обучения иностранному языку.

Литература

1. Колобаев, В. К. Английский язык в медицинском вузе на до- и постдипломном уровнях обучения / В. К. Колобаев. — Текст : непосредственный // Научное обозрение. Педагогические науки. — 2018. — №6. С. 20-24.
2. Миньяр-Белоручев, Р. К. Методический словарь. Толковый словарь терминов методики обучения языкам / Р. К. Миньяр-Белоручев.

- чев. — Москва : Стелла, 1996. — 144 с. — ISBN 5-86881-015-5. — Текст : непосредственный.
3. Дианин, Н. А. О значении работы над произношением при обучении иностранному языку в неязыковом вузе / Н. А. Дианин. — Текст : непосредственный // Иностранный язык в школе. — 1996. — Вып. 2. — С. 3-12.

Д. А. Разоренов, канд. филол. наук, доцент

К. Б. Сафонов, канд. филос. наук, доцент

ФГБОУ ВО ТГПУ им. Л.Н. Толстого, Тула, Российская Федерация

НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

В статье рассматриваются особенности обучения иностранным языкам студентов неязыковых направлений подготовки. Авторы выделяют основные направления формирования социокультурной компетентности студентов. Рассматриваются ключевые подходы к формированию данной компетентности. Реализация анализируемых практик понимается в контексте подготовки к иноязычному общению при осуществлении профессиональной деятельности.

The peculiarities of teaching foreign languages to the students of non-linguistic training directions are discussed in the article. The authors identify the main directions of the formation of socio-cultural competence of the students. The key approaches to the formation of this competence are considered. The implementation of the analyzed practices is understood in the context of preparing for the foreign language communication in the process of professional activity.

Ключевые слова: социокультурная компетентность, процесс обучения, иноязычное общение, иностранный язык, подготовка, профессиональная деятельность

Keywords: sociocultural competence, learning process, foreign language communication, foreign language, training, professional activity

Вопросы качества языкового образования можно считать одним из приоритетов в деятельности современной высшей школы. И это не является преувеличением, поскольку «язык является одной из важнейших характеристик культуры, отражающей, исторические традиции общения социальной группы, нравственные и моральные приоритеты организации, культурную компетентность работников» [4, с. 41]. Иными словами, ни один выпускник высшего учебного заведения не может считаться грамотным и эффективным профессионалом, если он в достаточной мере не владеет хотя бы одним

иностранным языком. В настоящий момент это требование становится все более актуальным в условиях глобализации и отражения ее тенденций в деятельности предприятий и организаций практически всех сфер деятельности и форм собственности. Каждый из сотрудников при этом должен быть способным интегрироваться в мировое информационное пространство, с тем чтобы быть в курсе последних тенденций в своей профессиональной области. Кроме того, важно помнить, что «в процессе изучения языка специально развивается не только языковая, но и профессиональная компетенция обучаемых, причем это развитие осуществляется в сфере как формальной, так и неформальной профессиональной коммуникации» [1, с. 42]. Поэтому не вызывает сомнения важность иноязычной подготовки студентов всех без исключения направлений подготовки, вследствие чего возникает насущная необходимость в оптимизации методики обучения иностранным языкам в высшей школе и поиск путей совершенствования отдельных ее направлений.

Не вызывает сомнения также и тот факт, что для осуществления успешной коммуникации необходимо не только владеть определенным количеством лексических единиц и грамматических конструкций и обладать хорошо поставленным произношением, но и учитывать целый комплекс экстралингвистических факторов. Без этого коммуникативный акт не может считаться успешным, поскольку, в значительном числе случаев, адресат может неверно истолковать содержание услышанного или прочитанного высказывания либо не понять его вовсе. Поэтому в рамках иноязычной вузовской подготовки необходимо предусмотреть возможность формирования социокультурной компетентности студентов, что в дальнейшем облегчит им процесс установления и поддержания контактов с представителями других наций. В литературе социокультурная компетентность рассматривается «как знания о социокультурном контексте определенных ценностей, как определенные свойства человека, как система культурологического и коммуникативного развития личности на основе формирования ее способности к целостной самоорганизации в системе личностного социокультурного опыта» [3, с. 14]. Одновременно современные исследователи отмечают, что «социокультурная компетентность включает следующие структурные компоненты: знания (знания культурно-специфических различий и

сходств, выраженных в нормах, ценностях, поведенческих образцах), умения (умения применять знания в общении), личностно поведенческие качества (культурная полицентричность, эмпатия, некатегоричность суждений, гибкость)» [5, с. 187]. Этими структурными элементами и определяются основные направления формирования социокультурной компетентности студентов в процессе освоения иностранных языков.

На практике выделенные направления могут принимать формы, которые мы подробнее рассмотрим далее. Так, компонент знаний можно сформировать посредством знакомства студентов со страноведческим материалом. В данном случае можно рассчитывать на формирование целостного представления о культуре, обычаях и традициях стран изучаемого языка. В дальнейшем это позволит не просто учитывать определенные особенности менталитета и мировоззрения конкретного народа, с представителями которого предстоит поддерживать межличностное взаимодействие в бытовой или профессиональной сфере, но и будет способствовать формированию толерантного отношения к другим людям. Этому станет следствием понимания уникальности и неповторимости культуры народов, а также пробуждения интереса к знакомству с ними. Так в практике преподавания иностранного языка будет реализован один из аспектов воспитательного потенциала данной учебной дисциплины.

В качестве результата формирования компонента умений социокультурной компетентности студентов можно рассматривать усвоение ими основных приемов иноязычного речевого этикета. Это представляется весьма важным, поскольку позволяет выстраивать верную коммуникативную стратегию, без чего невозможно представить эффективного взаимодействия, в том числе и в профессиональной сфере. В практике речевого общения можно представить ряд ситуаций, когда сущность осуществляемой коммуникации определяется теми ролями, в которых находятся ее субъекты, «например, врач отвечает за распоряжение коммуникативной инициативой, определяет очередность мены коммуникативных ролей, его вклад в развитие дискурса значительно больше, чем вклад пациента» [2, с. 42]. И задачей преподавателя иностранного языка в данном случае можно считать содействие формированию у студентов понимания особенностей профессиональной коммуникации. В дальнейшем

это позволит им более эффективно общаться на специализированные темы, причем не только на иностранном, но и на родном языке. Так в практике деятельности высшей школы проявляется один из аспектов межпредметных связей.

Третий аспект формирования социокультурной компетентности студентов — аспект личностно поведенческих качеств — неразрывно связан с предыдущими, особенно со вторым, но является гораздо более ориентированным на практику. В данном случае необходимо знакомить студентов с образцами иных культур, например, с произведениями литературы или кинематографа. Конечно, затруднения могут возникнуть вследствие недостаточно высокого уровня владения навыками аудирования либо понимания прочитанного. Поэтому в данном случае необходимо использовать материал, адаптированный к конкретной аудитории, и сопровождать его примечаниями и пояснениями. Однако они должны быть расширенными и содержать не только перевод тех или иных слов и словосочетаний, а также объяснение сложных грамматических конструкций, но и учитывать определенные экстралингвистические факторы. В дальнейшем необходимо стремиться к обсуждению прочитанного или увиденного, причем с обязательным применением в речи тех языковых реалий и клише, которые были вынесены преподавателем в примечания.

Выделенный нами комплекс направлений формирования социокультурной компетентности студентов является примерным, на практике он может трансформироваться путем добавления других направлений, определяемых особенностями конкретной аудитории и уровнем ее подготовки. Кроме того, преподаватель может и должен самостоятельно расставлять акценты при отборе языкового материала для работы в той или иной группе. При этом, однако, важно помнить, что нельзя полностью отказываться от традиционной системы заданий на занятиях по иностранному языку, включающей упражнения на лексику и грамматику, перевод и аудирование. Практики формирования социокультурной компетентности должны не заменять, а дополнять их, составляя единый комплекс, направленный на формирование готовности и способности успешно осуществлять иноязычную коммуникацию с представителями других наций и народов.

Формирование социокультурной компетентности студентов можно считать одним из требований времени. Набирающие скорость

процессы глобализации приводят к стиранию границ между странами и континентами. В таком мире любой человек должен обладать готовностью к эффективному межличностному взаимодействию с представителями других народов. Для этого недостаточно лишь владения языком, необходимо также уметь учитывать экстралингвистические факторы, знакомство с которыми на занятиях по иностранному языку должно происходить в русле формирования социокультурной компетентности.

Литература

1. Максимова, О. Б. Методы критической педагогики как фактор повышения качества преподавания иностранного языка в сфере профессиональной коммуникации / О. Б. Максимова. — Текст : электронный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2017. — № 6-3. — С. 200-203. — URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29253748> (дата обращения: 24.01.2020).
2. Невзорова, М. С. Статусно-ролевые отношения равностатусных субъектов медицинского дискурса / М.С. Невзорова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции (14 апреля 2016 года). — Тверь, 2016. — С. 41-47.
3. Новгородова, Е. Е. Формирование социокультурной компетентности молодежи в условиях досуга: специальность 13.00.05 «Теория, методика и организация социально-культурной деятельности»: автореф. дис. на соиск. уч. степ.канд. пед. наук / Новгородова Елена Евгеньевна; Казанский государственный институт культуры. — Текст : непосредственный — Казань, 2018. — 26 с.: ил. — Библиогр.: с. 24-26. — Место защиты: Казанский государственный институт культуры. — Текст: непосредственный.
4. Орлова, Е. В. Языковые барьеры при общении врача и пациента / Е.В. Орлова. — Текст: непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й международной научно-практической конференции (12 апреля 2018 года). — Тверь, 2018. — С. 41-46.
5. Пантыкина, Н. И. Использование интерактивных методов обучения при формировании социокультурной профессиональной компетентности студентов в процессе изучения иностранного языка / Н. И. Пантыкина. — Текст : электронный // Вестник Костромского государственного университета. Серия Педагогика. Психология. Социокинетика. — 2016. — Т. 22, № 1. — С. 186-189. — URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25791168> (дата обращения: 24.01.2020).

О. И. Сахнова, преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ГРАММАТИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ИНОЯЗЫЧНОЙ РЕЧИ КАК СРЕДСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ

В статье рассматриваются вопросы правильного грамматического оформления иноязычного профессионально-ориентированного дискурса на материале англоязычного медицинского дискурса. Отмечается негативное влияние неадекватного грамматического оформления элементов профессионального медицинского дискурса на эффективность достижения целей научного дискурса. Автор выделяет два типа медицинского дискурса для целей своего анализа, а именно профессионально-научный медицинский дискурс и профессионально-академический медицинский дискурс. Рассматриваются как общие для двух типов, так и частные проблемы грамматического оформления в зависимости от выделенного типа дискурса.

The article deals with the issues of correct grammatical dressing of a professional discourse in a foreign language using the material of the medical discourse in English. The emphasis is put on the fact that inadequate grammar of professional medical discourse elements has a negative effect on the efficiency of scientific discourse goal achievement. The author distinguishes two types of medical discourse for the purposes of her analysis, and namely professional scientific medical discourse and professional academic medical discourse. The article highlights both common and specific problems of grammatical dressing according to the distinguished discourse types.

Ключевые слова: медицинский дискурс, грамматическое оформление, профессионально-ориентированный медицинский английский язык, профессиональная коммуникация.

Key words: medical discourse, grammatical dressing, professional medical English, professional communication.

В настоящее время в связи с направленностью социально-политического и экономического развития страны на соответствие глобальным тенденциям и приоритетам происходят значительные

перемены в сфере профессиональной коммуникации, и, особенно, когда речь идет о коммуникации на международной академической и научно-исследовательской платформе. Особое место в этом процессе отводится иностранному языку как средству международного общения на профессиональном уровне. При этом эффективность коммуникации специалистов в сфере медицины на международном уровне, действительно, имеет особо важное значение в свете регулярно возникающих пандемий и постоянно существующих глобальных проблем медицины.

Цель настоящей статьи — акцентировать значимость правильного грамматического оформления устных докладов, статей, аннотаций, а также учебно-методических пособий на английском языке для обеспечения максимальной эффективности профессионально-научного и профессионально-академического медицинского дискурса на международном уровне.

Под профессионально-научным медицинским дискурсом мы понимаем институциональный дискурс равностатусных участников, в том числе и письменный, обладающих относительно равным тезаурусным уровнем. [1, с. 66] Профессионально-академический медицинский дискурс понимается нами как дискурс разностатусных участников, а именно преподавателей и студентов/аспирантов, с вытекающей отсюда разницей в тезаурусном уровне и целенаправленной необходимости повышения тезаурусного уровня студентов преподавателями.

Личный существенный опыт редактирования англоязычных версий аннотаций научных медицинских статей, а также учебно-методических комплексов, предназначенных для студентов БГМУ, обучающихся на английском языке, как и руководство научной работой студентов, готовящихся к участию в студенческой конференции на английском языке, позволяет сделать однозначный вывод о том, что правильное лексико-грамматическое оформление высказываний в рамках обоих вышеуказанных разновидностей медицинского дискурса имеет соответствующий положительный эффект при достижении специфических целей и задач участников дискурсов. Следует отметить, что проблемы и пути их решения, связанные с достижением максимальной правильности лексико-грамматического оформления элементов профессионально-научного и професси-

онально-академического медицинского дискурса могут быть классифицированы как общие для обоих типов дискурса и как частные для каждого из двух рассматриваемых типов дискурса.

Общие проблемы обусловлены общими грамматическими несоответствиями между русским и английским языком, которые особенно явно проступают в оформлении элементов научного дискурса, а именно высказываний, поскольку их речевое оформление требует использования гораздо большего по сравнению с бытовым дискурсом количества лексических единиц с вытекающей отсюда большей вариативностью морфологических и синтаксических связей. Некоторые основные общие проблемы грамматического характера как в научном, так и в академическом медицинском дискурсе включают следующие:

1. Проблема употребления пассивных конструкций. Как верно отмечено в статье Чопоровой Е.И. и Серостановой Н.Н. данная проблема связана с тем, что, во-первых, правила использования пассивных конструкций в письменном научном дискурсе в русском и английском языках существенно отличаются, и, во-вторых, для англоязычного научного дискурса характерно преобладающее употребление активных конструкций, тогда как в русском языке все с точностью наоборот. [4, с. 140] Чаще всего авторы выбирают метод перевода на английский язык уже имеющегося собственного элемента научного дискурса, например, аннотация к статье или сама статья, что часто порождает ошибки в грамматическом оформлении научного текста или, как минимум, приводит к неестественному тексту на английском языке, что в свою очередь снижает эффективность достижения целей научного дискурса.

2. Проблема тема-рематического деления высказывания. Эта проблема уже упоминалась нами в связи с обучением переводу научных медицинских текстов с английского языка на русский язык. [3, с. 284] Но если при таком переводе калькирование расположения темы и ремы с английского языка в русский приводит к некоторой неадекватности или коммуникативной неравноценности текста перевода, то результатом интерференции тема-рематического деления характерного для русского языка при порождении научного текста на английском языке неизбежно станет ошибочная грамматика конечного продукта.

3. Проблема выбора типа словосочетания. В текстах профессионально-научного медицинского дискурса отмечается предпочтение словосочетаний «причастие II+существительное», тогда как для выражения той же мысли в русском языке чаще используется словосочетание «существительное (именительный падеж)+существительное (родительный падеж)». Сравните, например, пару «increased blood flow — усиление кровотока». Интерференция русского языка в данном случае вряд ли приведет к грамматической ошибке, но может снизить убедительность научного текста за счет неестественного звучания.

4. Проблема употребления предлогов. Предложно-падежные парадигмы в русском и английском языках по большей части не совпадают, тем более что о падежной парадигме в английском языке вообще не приходится говорить. Что касается профессионального медицинского дискурса, то незнание или некорректное употребление предлогов в медицинских текстах порой приводит даже к курьезным моментам. Например, предлог «with» во фразе «to fight with diseases — бороться с заболеваниями» совершенно некорректен и фактически никогда не употребляется из-за того, что в нем заложено больше значение совместного выполнения действия, вместо него употребляется предлог «against», либо фраза не имеет предлога вообще. Неверное употребление предлогов, особенно если в речи такое встречается не один раз, снижает, хотя и незначительно, эффект убедительности, аргументированности, основательности при осуществлении профессионального медицинского дискурса.

Частные проблемы более отчетливо выражены в профессионально-академическом медицинском дискурсе. При написании учебно-методических комплексов, например, возникает необходимость передачи на английский язык словосочетаний типа «овладение студентами *некимизнаниями*», которые очень часто ведут к некорректному грамматическому оформлению подобных фраз, в которых русскоязычные авторы пытаются применить пассивную конструкцию с предлогом «*by*», в свою очередь плохо согласуемую со вторым дополнением, вместо адекватного употребления притяжательного падежа. Кроме того, традиционно русскоязычный академический текст, адресатом которого является студент, содержит много модальных глаголов или фраз, выражающих долженствова-

ние, а подобные англоязычные тексты тяготеют к употреблению простого будущего времени для аналогичных целей, при этом русскоязычные составители УМК как правило не догадываются об указанной англоязычной особенности академического дискурса. Следует также отметить, что в англоязычных текстах академического характера предпочтение отдается представлению информации с помощью простых или имеющих не более одного придаточного предложений, тогда как академическое письмо на русском языке, наоборот, наполнено предложениями с большим количеством усложняющих конструкций. Калькирование таких предложений на английский язык приводит к большим трудностям синтаксического согласования частей и, в итоге, сильно снижает эффективность коммуникации в профессиональном академическом дискурсе.

Таким образом, проблема правильности грамматического оформления профессионально-ориентированной иноязычной речи тесно связана с эффективностью осуществления профессионально-научного и профессионально-академического дискурса в рамках максимального достижения таких его целей как «формирование у адресата определенного взгляда на фрагмент действительности и убеждение его в истинности данного взгляда» [2, с. 247].

Литература

1. Майборода, С. В. Медицинский дискурс: современные теоретико-методологические подходы и перспективы исследования / С. В. Майборода. — Текст : непосредственный // Коммуникативные исследования. — 2017. — №1 (11). — С. 63-74.
2. Никульшина, Н. Л. Письменный научный дискурс как объект моделирования в учебных целях / Н. Л. Никульшина. — Текст : непосредственный // Вестник ТГУ. — 2008. — Выпуск 3 (59). — С. 245-250.
3. Сахнова, О. И. Письменный перевод как средство формирования иноязычной компетенции студентов медицинского вуза / О. И. Сахнова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции (11 апреля 2019 года). — Тверь, 2019. — С.281-286.
4. Choporova, E. I. Forming learners' practical skills and abilities in foreign language academic activity / E.I. Choprova, N.N. Serostanova. — Текст : электронный // Вопросы прикладной лингвистики. — 2019. — №2 (34). — С. 138-155. — URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_38582272_60098702.pdf (дата обращения: 24.01.2020).

Г. И. Саянова, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ СТУДЕНТА В УСЛОВИЯХ ИННОВАЦИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

В данной статье рассматривается проблема профессионально-личностного развития студента как составляющей коммуникативной компетенции в условиях инновационного образовательного пространства, а также предлагаются пути применения инновационных методов обучения, таких как предметно-языковая методика обучения и информационно-коммуникативные технологии.

The article deals with the problem of professional and personal development of students as a component of communicative language competences in terms of modern requirements to specialists and interaction with medical specialists worldwide, as well as promotes the use of innovative teaching methods such as CLIL (Content and Language Integrated Learning) and ICT applications.

Ключевые слова: коммуникативная компетенция, обучение иностранным языкам, мотивация, медицинский вуз, инновационные методы обучения, предметно-языковая методика интеграционного обучения.

Keywords: communicative competence, foreign language learning, motivation, medical school, innovation teaching methods, CLIL (Content and Language Integrated Learning).

Успешное решение стратегических задач экономического и социального развития страны, перевода экономики на инновационный путь развития напрямую зависит от эффективности процессов коммерциализации научных знаний, их трансформации в инновации. Инновации становятся основой повышения конкурентоспособности не только экономики страны в целом, но и социальной сферы в частности. Для активизации инновационной деятельности и создания предпосылок для дальнейшего устойчивого развития национальной экономики в условиях глобализации одним из направлений является развитие государственно-частного партнёрства,

что способствует распространению конкурентноспособных научных знаний, их коммерциализации и воплощению в инновационные услуги [3, с. 114]. Студенческая молодёжь призвана решать эти научные проблемы, так как в будущем она становится основным источником высококвалифицированных слоёв общества, ответственным за развитие страны.

Студенческий возраст — это период наивысшей скорости оперативной памяти, переключения внимания, решения вербально — логических задач. Студенты, пришедшие в вуз, уже высокомотивированы, нацелены на достижение высоких профессиональных и научных результатов. Большинство из них обладает навыками самопрезентации, командообразования, управления конфликтами, умеют поддержать проявленную другими инициативу, предлагают способы решения проблемы.

С помощью иностранного языка у студентов развиваются коммуникативные навыки, умение планирования и целеполагания, создания ситуации успеха. Иноязычная компетентность способствует использованию полученных знаний в условиях профессиональной среды и организации речевого и неречевого общения в разнообразных ситуациях для достижения поставленной цели. Формирование коммуникативной компетенции тесно связано с социокультурными особенностями страны изучаемого языка. Чем выше уровень владения иностранным языком, тем выше профессионализм, конкурентоспособность, мобильность будущего специалиста, тем выше его результаты в профессиональной деятельности, тем успешнее использование иностранного языка для дальнейшего самообразования и самосовершенствования, выполнения профессиональной деятельности.

Отсутствие социокультурной компетенции и хорошего знания языка значительно затруднит процесс общения будущего врача. Языковой барьер несёт медицинские риски, непонимание и ошибки при постановке правильного диагноза. Даже присутствующий на консультации переводчик не может быть высококлассным профессионалом. Жестов и разговорников также недостаточно, чтобы правильно понять собеседника. Поэтому основной задачей обучения иностранному языку в медицинском вузе является формирование у обучающихся профессионально ориентированной иноязычной ком-

муникативной компетенции. Применение инновационных информационно-коммуникативных средств (ИКТ) даёт возможность не только решения методических, лингвометодических, психологических, психолингвистических задач и проблем, но и приводит к повышению мотивации обучающихся, способствует успешному применению индивидуального и дифференцированного подхода в обучении, формирует профессионально-личностное развитие студента, организует его самостоятельную работу. Необходимо отметить, что интернет предоставляет широкие возможности работать с оригинальными текстами, словарями, научными статьями при подготовке как к практическим занятиям, так и к выступлению на конференциях и олимпиадах. Просмотр видеофильмов эффективен для отработки навыков правильного произношения, развития беглости мышления, навыков восстановления смысла текста по фрагментам. Создание мультимедийных презентаций, докладов практически невозможно без привлечения интернет – ресурсов. Специальные тексты, речевые клише, ролевые и ситуативные игры с привлечением видеофрагментов, демонстрирующих образцы речевого поведения носителей языка – всё это помогает преподавателю внести разнообразие в учебный процесс, повышая мотивацию к изучению языка, а также осуществить формирование лингвострановедческой и межкультурной компетенции обучающихся, что также способствует воспитанию личности, психологически и коммуникативно готовой к равноправному межкультурному взаимодействию [2, с.158].

Эффективным методом организации и проведения практических занятий в медицинском университете является деловая игра, основанная на case-технологии, которая пробуждает познавательную активность студентов, содействует становлению самостоятельности мышления, формирует профессиональный менталитет, терминологическую культуру будущих специалистов, помогает отработке коммуникативной составляющей в профессиональной сфере [1, с.83].

Предмет «иностраный язык» имеет междисциплинарный характер, что предусматривает тесную интеграцию иноязычного образования и клинического ведения больных. Медицинский университет призван готовить квалифицированные кадры, способные к овладению медицинскими инновациями и непрерывному осуществлению инновационной деятельности. Практический опыт студенты-

медики приобретают уже с первых недель обучения в университете, посещая поликлиники, учебные больницы, аптечные склады, аптеки, стоматологические и фармацевтические выставки — всё это находит отражение в деловых играх на иностранном языке. Говоря об интегрированном подходе к преподаванию иностранного языка, следует отметить, что наиболее полно его принципы реализуются в рамках так называемой предметно-языковой методики интеграционного обучения или CLIL (Content and Language Integrated Learning), сущность которой заключается в одновременном обучении содержанию учебных дисциплин и иностранному языку и воплощению в учебно-воспитательный процесс научно-методического и познавательного взаимообогащения отдельных дисциплин. Аутентичные материалы, обладающие информационной насыщенностью, несут определённый уровень когнитивной нагрузки для обучающихся, а задания с достаточно высокой степенью когнитивной трудности являются мотивирующими для них. При этом познавательный процесс студентов сопровождается пояснениями преподавателя, но лишь на уровне, необходимом для самостоятельной познавательной деятельности [4, с.25].

Обучение иностранному языку в медицинском вузе должно быть направлено на удовлетворение профессиональных потребностей будущего врача, что включает необходимость хорошо ориентироваться в информационном пространстве, следить за последними достижениями отечественной и мировой науки, постоянно приобретать новые знания, общаться на профессиональные темы с зарубежными коллегами на иностранном языке. Для этого через инновационные технологии необходимо создавать такие формы и методы, в основе которых лежат профессиональные потребности будущих специалистов. Так, например, при работе над темой «ADistrictDoctor» будущим педиатрам можно предложить просмотреть видеоролик «HowtoCalmaCryingBaby». На основе просмотренного материала студенты предлагают пути решения этой проблемы. Видеофильм «APediatricVisit» не только рассказывает о детских болезнях, учит общению с маленькими пациентами, но и даёт рекомендации по здоровому образу жизни. Студенты приобретают опыт межличностного общения, учатся отстаивать свою точку зрения,

овладевают способами убеждения и аргументации. Таким образом, формируется умение принимать решения и отвечать за них.

Мультимедийные презентации «HealthyLifestyle», «Vitamins», «A Doctor Has the Ability to Effectively Manage Patients' Expectations» расширяют междисциплинарные связи, способствуют развитию творческих способностей студентов, умений и навыков мыслительной деятельности, формируют у обучающихся профессионально ориентированную иноязычную коммуникативную компетенцию, создают позитивную мотивацию к обучению иностранному языку.

Главная цель языкового образования – формирование поликультурной многоязычной личности, то есть культурной, толерантной личности, понимающей иную культуру, знающей нормы и правила речевого и неречевого поведения в ином языковом сообществе, но не забывающей о своей собственной культуре.

Таким образом, при изучении иностранного языка необходимо обеспечить актуальность содержания обучения, что будет способствовать повышению мотивации, всестороннему развитию личности студентов, расширению их мировоззрения. По словам Е.И. Пасова к иностранному языку нужно относиться не только как к способу общения, но как взаимодействию языка и менталитета нации, являющимся социолингвистическим компонентом межкультурной коммуникации.

Литература

1. Гальскова, Н. Д. Современная методика обучения иностранным языкам: пособие для учителя / Н. Д. Гальскова. – Москва : АРК-ТИ, 2003 – 192 с. – Библиогр.: с.185–190. – ISBN 5-89415-290-9. – Текст : непосредственный.
2. Межкультурная коммуникация: современная теория и практика: материалы VII Конвента РАМИ, сентябрь 2012 года – Москва : Аспект Пресс, 2013. – 288 с. – Текст : непосредственный.
3. Наука и инновационная деятельность в РБ. Статистический сборник, 2016 г. – Минск : Национальный статистический комитет РБ, 2016. – 141 с. – Текст : непосредственный.
4. Coyle, Do, CLIL: Content and Language Integrated Learning / Do Coyle, Philip Hood, David Marsh. – Cambridge University Press, 2010. – 174 p. – Текст : непосредственный.

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Ю.И. Сорокин, канд. тех. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет,
Тверь, Россия

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ КАК ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Коммуникативные навыки имеют важное значение для осуществления эффективной коммуникации «врач — пациент». В статье подробно рассматриваются два основных для осуществления медицинского дискурса коммуникативных навыка: слушание и говорение. Приводятся рекомендации по развитию этих навыков при обучении в высшем учебном заведении.

Communicative skills are essential for effective doctor-patient communication. The article discusses in detail two main communicative skills for medical discourse: listening and speaking. Recommendations are given on the development of these skills when studying at a higher educational institution.

Ключевые слова: эффективная коммуникация «врач — пациент», коммуникативные навыки, слушание, говорение

Keywords: effective doctor-patient communication, communication skills, listening, speaking

Коммуникативные навыки важны в повседневной жизни, но в медицинской сфере они приобретают особое значение. Для осуществления эффективной коммуникации «врач — пациент» существенную роль играют два основных коммуникативных навыка: слушание и говорение.

Каждый из этих навыков можно представить в виде единства двух компонентов — формы и содержания. При таком подходе навык слушания состоит из двух тесно взаимосвязанных умения — восприятие на слух (форма) и активное слушание (содержание). Говорение также можно представить как произносительные умения и содержание (смысловая сторона) речи.

Восприятие на слух (способность слышать) не вызывает сложностей при общении на языке, который является родным для врача и пациента. А вот содержательная сторона этого навыка (услышать, понять) — это умение, которое нужно развивать и тренировать, анализировать «с точки зрения структуры и деталей диалога, а также пациентоориентированности врача, его отношения к пациенту и ситуации» [1, с. 141]. Оно имеет двустороннюю направленность. С одной стороны слушание предполагает эффективное восприятие сказанного: умение извлекать полезную информацию в условиях устного общения. Основными недостатками при слушании являются бездумное и обрывочное восприятие, а также аналитическая узость (неумение устанавливать связи между содержанием общения и фактами реальной жизни).

Естественно, низкая эффективность при восприятии устной речи зависит часто не только от самого слушателя, но и от говорящего. Однако доминирующим фактором является готовность и желание слушать, что, в свою очередь, определяется отношением слушателя, его интересами, мотивами и эмоциональным состоянием.

В ситуации общения «врач (слушатель) — пациент (говорящий)» врач не может повлиять на навык говорения пациента, он должен использовать максимально эффективно то, чем пациент уже обладает. Это осуществимо с помощью второго компонента умения слушать — активного слушания.

Навыки активного слушания в медицинском дискурсе имеют решающее значение для получения важной медицинской информации и, следовательно, для эффективного лечения. Активное слушание не только позволяет получить необходимую информацию, но и показывает пациентам, что врач заботится о них, пытается им помочь. Считается, что для эффективной коммуникации в области медицины необходимы пять ключевых элементов активного слушания.

1. Внимание

Необходимо уделить пациенту пристальное внимание, дослушать до конца, игнорировать отвлекающие мысли и внешние факторы.

2. Язык тела

Язык тела так же важен, как и то, что говорится во время разговора. Необходимо поддерживать зрительный контакт и кивать в

подходящее время, чтобы показать заинтересованность в том, что говорит пациент. Не стоит скрещивать руки, лучше держать открытую позу, демонстрируя открытость и приветливость. Следует избегать гримас и недовольств, которые могут смутить пациента и заставить скрыть важную информацию. Зачастую пациенты уже напуганы и испытывают неудобства, когда приходят в офис или медицинское учреждение. Простое прикосновение может успокоить человека и побудить поделиться более подробной информацией.

3. Подтверждение

Выслушав информацию, стоит перефразировать ее, чтобы проверить понимание ситуации. Нужно уточнить важные детали: задавать открытые вопросы для уточнения ключевых аспекты и конкретные вопросы для того, чтобы получить дополнительные разъяснения[2, с. 47].

4. Отсутствие категоричности

Не стоит высказывать прямые суждения, даже если точка зрения пациента противоречит объективным данным. Критические комментарии только расстроят пациента и вызовут его недоверие. Задача медицинского работника заключается в обеспечении лечения, ухода и понимания без суждения выбора и опыта пациента.

5. Отклик

Активное слушание основано на честности, доверии и понимании. Врач должен предоставить свое профессиональное мнение о ситуации, независимо от того, есть ли у пациента медицинские знания или нет. Необходимо показывать свое сочувствие, проявлять к пациенту уважение. Нужно всегда относиться к пациентам так, как вы бы хотели, чтобы в отношении к вам в такой ситуации.

Второй навык эффективной коммуникации «врач — пациент» — это устная речь или говорение. Данный навык имеет также двустороннюю сущность: форма и содержание. Второму аспекту традиционно уделяется больше внимания. В ситуациях общения именно умение четко выражать свои мысли, владея логикой и психологией, является решающим при реализации основных целей и задач коммуникации. Но не стоит забыть и о материальной (произносительной) стороне речи, т.е. исполнении, непосредственном произнесении речи. При этом необходимо обращать особое внимание на основные принципы звукового оформления речи, а также орфоэпические нормы языка.

Важными понятиями, играющими большую роль в устной коммуникации вообще, являются голос, интонация и дикция. К дополнительным элементам можно отнести мелодику речи, громкость, темп, умение расставлять логические ударения и делать паузы. Рациональное использование перечисленных компонентов интонации повышает эффективность устной речи.

Развитие навыков говорения и понимания на слух начинается в младшем возрасте, когда дети взаимодействуют с окружающими их людьми. Навыки развиваются, когда дети читают и вступают в разговор со своими родителями.

Навыки активного слушания, понимания на слух важно развивать. Это не просто слушание того, что говорится, это способность понимать слова и как-то относиться к ним. Например, когда вы слышите историю, прочитанную вслух, хорошие навыки восприятия на слух позволяют вам понять историю, запомнить ее, обсудить и даже пересказать ее своими словами.

Говорение — такой вид речевой деятельности, навыки которого нуждаются в развитии и совершенствовании почти для всех. Вершиной развития навыка говорения является идеальная с точки зрения произносительной стороны и эффективная с точки зрения содержания спонтанная речь.

Но для достижения идеала необходимы тренировки. Наиболее последовательным в данном случае представляется следующий подход: чтение с листа полностью записанного текста, произнесение заученной наизусть речи, произнесение с опорой на план-конспект, воспроизведение без опорных элементов.

Тренировка в произнесении речи вслух необходима. Во время такой тренировки нужно окончательно затвердить в памяти последовательность мыслей, найти наиболее выразительные словесные формулировки для самых важных частей речи. Особенно важно во время тренировки поработать над звучанием голоса, интонацией и жестами.

Но в современном мире многие дети лишаются живого общения. Превращаясь в будущих врачей, они не умеют слушать и говорить. Всеобщая компьютеризация обучения не оставляет места для развития этих навыков. При изучении специальных дисциплин требуется демонстрация знаний и профессиональных умений. И только дисциплины базового цикла могут помочь будущим врачам исправить ситуацию, развить навыки профессиональной коммуникации, которые были упущены.

Значительный вклад в развитие навыков говорения и слушания естественным образом вносит обучение иностранным языкам. Только данная дисциплина обучающего цикла подразумевает развитие таких навыков как говорение (speaking) и аудирование, то есть слушание (listening).

Именно такие дисциплины как «Иностранный язык» или «Иностранный язык специальности» могут дать, вероятно, одну из последних возможностей для обучающихся развить навыки слушания и говорения. Действительно, все те методы, которые кратко описаны выше, используются на занятиях при работе с устным и письменным текстом. На занятиях по иностранному языку возможна отработка всех сторон указанных навыков.

Слушание (форма): аудирование — понимание текста на слух, с проявлением адекватной реакции на понимание или непонимание.

Слушание (содержание): ответы на вопросы по прослушанному тексту, выделение основной информации, выведение логических связей и взаимосвязей; диалогическое взаимодействие между студентами или студентами и преподавателем, способствующее развитию методов активного слушания.

Говорение (форма и содержание): воспроизведение хорошо подготовленной речи (пересказ, ответы на вопросы по услышанному или прочитанному тексту), логически выстроенной, убедительной и информативной с активным использованием принципов звукового оформления речи.

Литература

1. Гавриленко, Н. Г. Обучение иностранному языку медицинского общения в вузе: из опыта работы / Н. Г. Гавриленко. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 4-й Международной научно-практической конференции (14 апреля 2016 года). — Тверь, 2016. — С. 136-143.
2. Зайцева, А. А. Типы вопросов, используемые врачом при сборе анамнеза (на примере англоязычной медицинской коммуникации) / А. А. Зайцева, Н. Г. Гавриленко. — Текст : непосредственный // Молодежь, Наука, Медицина / Материалы 63-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Твер. гос. мед. унт; редкол.: М. Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед. унта, 2017. — С. 46-48.

А. А. Царикова, ст. преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ И ПРОФЕССИИ

Специфика обучения иностранным языкам в медицинской сфере и необходимость овладения студентами большим объёмом профессионального знания в ограниченные сроки требуют применения таких технологий преподавания ИЯ, которые могут создать условия для одновременного овладения как лингвистическим, так и профессиональным материалом. В этой связи технология предметно-языкового интегрированного обучения получает в настоящее время всё большее признание и распространение в образовательном сообществе, в т.ч. медицинском. В данной статье предлагается краткий обзор этой технологии и представляется некоторый практический опыт её применения на занятиях английским языком в Белорусском государственном медицинском университете.

The specifics of teaching foreign languages in medicine and the need for students to master a large amount of professional knowledge in a limited period of time require the use of such technologies of teaching foreign languages, which can create conditions for the simultaneous mastery of both linguistic and professional material. In this regard, the technology of content and language integrated learning is currently gaining more recognition and distribution in the educational community, including medical education. This article provides a brief overview of this technology and presents some practical experience of its application in English classes at the Belarusian State Medical University.

Ключевые слова: технология предметно-языкового интегрированного обучения, медицинское образование, обучение английскому языку.

Key words: technology of subject-language integrated learning, medical education, teaching English.

Неотъемлемой компетентностной характеристикой будущих врачей является владение иностранным языком для эффективного осуществления иноязычной коммуникации в профессиональной

сфере. Профессионально ориентированная языковая подготовка в медицинских вузах призвана обеспечить готовность будущих специалистов к реальной профессиональной коммуникации на иностранном языке посредством формирования у них системного набора профессионально значимых компетенций. Вместе с тем одним из критериев готовности выпускника к профессиональной деятельности является наличие у него соответствующих компетенций еще до того, как он фактически приступил к выполнению своих профессиональных функций. Поэтому поиск и отбор наиболее эффективных педагогических технологий должен вестись в плоскости их возможностей по обеспечению интегрированного обучения «языку профессии» вместе с формированием неязыковых профессиональных компетенций (предметной, клинической, аналитической, социокультурной и др.) Технология предметно-языкового интегрированного обучения (Content and Language Integrated Learning, или CLIL) решает задачу по преобразованию учебных занятий иностранным языком в среду для интегрированного формирования лингвистических и неязыковых профессиональных компетенций.

Педагогическая технология, согласно определению Э.Г. Азимова и А.Н. Шукина, представляет собой «совокупность наиболее рациональных способов научной организации труда, обеспечивающих достижение поставленной цели обучения за минимальное время с наименьшей затратой сил и средств» [1, с. 190; с. 313–314]. Ими выделяются следующие педагогические технологии: обучение в сотрудничестве, проектные технологии, тандем-метод, технология дистанционное обучение, игровые технологии и др. [1, с. 314]. А.Н. Шамов дополняет этот список технологией эмоционального воздействия и технологией погружения в обучающую языковую среду [2, с. 212].

Применительно же к вузовской языковой подготовке будущих врачей пристального внимания требует именно технология предметно-языкового интегрированного обучения как в наибольшей степени соответствующая установке на усиление профессионализации такой подготовки. Данная технология, теоретически обоснованная и апробированная Д. Койл (D. Coyle), Д. Маршем (D. Marsh), Ф. Худом (P. Hood) и др., предполагает соизучение иностранного языка и профильной неязыковой дисциплины. При этом иностран-

ный язык выступает и как средство коммуникации в целях постижения специального предмета, и как объект изучения в контексте профессии. Другими словами, речь идет о «синергии в изучении предмета и иностранного языка», а не о преподавании профильной дисциплины на иностранном языке. Синергетическое свойство предметно-языкового интегрированного обучения описывается Д. Коил в терминах content (предметная составляющая процесса обучения) и communication (иноязычный компонент, обслуживающий изучение профильного предмета, но и сам при этом являющийся объектом изучения и совершенствования) [3, с. 9].

Идея интеграции предметного и языкового обучения лежит в основе такой технологии обучения, при которой преподаватель иностранного языка использует междисциплинарную тематику на занятиях по иностранному языку, или обучение ряду предметов происходит на иностранном языке.

Таким образом, иностранный язык является средством коммуникации и познания, а обучение на родном и иностранном языке становится единым процессом. Данная идея широко применяется в изучении как гуманитарных, так и естественнонаучных и технических дисциплин.

В обучении английскому языку (English Language Teaching) существует несколько направлений, интегрирующий предметное обучение и изучение иностранного языка: Content and Language Integrated Learning (CLIL); Content-based instruction; English across the curriculum и Bilingual education. О понятии «интегрированного предметно-языкового обучения» (CLIL) можно говорить в тех случаях, когда речь идет о дисциплинах или определенных темах в рамках данных дисциплин, изучение которых проводится на иностранном языке и при этом преследует две цели: изучение содержания данной учебной дисциплины и одновременное изучение иностранного языка.

Существуют объективные причины, по которым идея предметно-языкового интегрирования обладает более высоким мотивирующим потенциалом по сравнению с другими, а именно: необходимость изучения содержания дисциплины мотивирует студентов на повышение уровня владения иностранным языком; имеет место погружения в языковую среду, а также осознание важности собственных достижений в процессе обучения; особое значение приоб-

ретаает содержание учебной дисциплины, в то время как в других методиках обучения ИЯ содержание учебной дисциплины служит иллюстрацией изучаемых языковых структур.

Одной из основных особенностей CLIL является использование последовательности понятий, согласно которой темы, подлежащие изучению, представлены в горизонтальной или вертикальной последовательности и находятся в хронологической или тематической зависимости. В основе CLIL лежит тот факт, что дисциплины учебной программы преподаются и изучаются на иностранном языке. Таким образом, данная технология характеризуется тем, что иностранный язык становится способом изучения содержания других учебных дисциплин и иностранный язык широко используется в учебной программе, используется широкий профессиональный контент.

Занятия по курсу иностранного (английского) языка в БГМУ — это междисциплинарные занятия. С одной стороны, учебный курс на таких занятиях имеет четкую профессиональную направленность: в процессе устного перевода англоязычных медицинских текстов в аудитории (перевод с «листа») и проверки письменных переводов, выполненных студентами в качестве домашнего задания, внимание преподавателя фокусируется не только на лексико-грамматических приемах перевода, но и на контроле понимания студентами сущности медицинских терминов, а также причин и последствий описываемых в текстах процессов, а также предусматривает прочтение студентами текста и обсуждение его содержания с опорой на вопросы, носящие дискуссионный характер. Такие дискуссии выходят за рамки содержания текстов и ориентируют студентов на привлечение имеющихся у них фоновых знаний по специальности для аргументации своей позиции, стимулируя развитие навыков аналитического и клинического мышления. Таким образом, в рамках одного аспекта обеспечивается сочетание работы над общими и предметными языковыми знаниями, умениями и навыками, с одной стороны, и изучением профильной дисциплины, с другой. Английский язык при этом выступает в качестве средства профессионально ориентированной учебной коммуникации, направленной на постижение элементов профессии. Параллельно совершенствуются сами языковые компетенции: тематический план работы по курсу предусматривает регулярную тренировку лексико-грамматических

приемов перевода на основе упражнений. Кроме того, в ходе аудиторного дискурса преподаватель, реализуя контролирующую и оценивающую стратегии, при необходимости корректирует высказывания студентов, что устанавливает ориентир в использовании лексико-грамматических и стилистических средств английского языка. Подобное соизучение иностранного языка и профильной дисциплины позволяет преодолеть характерную дифференциацию предметов профессионального и общеобразовательного циклов, который препятствует формированию у студентов целостной системы понятий и не позволяет им установить межпредметные связи в профессиональном дискурсе.

В организационном плане занятия по технологии CLIL характеризуются активным участием в них всех студентов при максимальном учете их индивидуальных способностей. Так, работа над переводом текста «с листа» в аудитории предполагает сопоставление различных его вариантов, предлагаемых всеми членами группы, с целью отбора оптимального варианта, как с точки зрения смысла, так и с точки зрения стиля. Преподаватель при этом предлагает свой вариант (как наиболее зрелый) лишь на завершающей стадии, предоставляя студентам возможность самим оценить качество обсуждаемых вариантов. Занятие протекает в атмосфере сотрудничества и сотворчества студентов и преподавателя, что также отличает технологию CLIL.

В отличие от классического варианта, технологии предметно-языкового интегрированного обучения с присущей ей равнозначностью компонентов в случае ее использования при обучении ИЯ акцент закономерно смещается в пользу языкового компонента. Вместе с тем такой перевод представляет собой реальный вид профессиональной деятельности врача-исследователя, являясь либо самостоятельным продуктом, либо основой для дальнейшей клинической работы. При этом использование технологии CLIL позволяет заметно повысить мотивационную роль занятий английским языком, прежде всего через обеспечение прочного синтеза языковой и предметной составляющих при подготовке будущих специалистов.

Литература

1. Азимов, Э. Г. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам) / Э. Г. Азимов, А. Н. Щукин.

- Москва: Издательство Икар, 2009. – 448 с.– ISBN 978-5-7974-0207-7. – Текст : непосредственный.
2. Шамов, А.Н. Методика обучения иностранным языкам: практикум / А.Н. Шамов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 269 с. – ISBN 978-5-222-27146-9. – Текст : непосредственный.
 3. Coyle, D. CLIL: Content and Language Integrated Learning / D. Coyle, P. Hood, D. Marsh. – Cambridge: Cambridge University Press, 2010. – ISBN 978-0-521-13021-9. – Текст :непосредственный.
 4. Darn, S. CLIL: A Lesson Framework / S. Darn. Текст : электронный. URL:<http://www.teachingenglish.org.uk/article/clil-alesson-framework> (дата обращения 15.01.2020).

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА 5

БАРСУКОВА М. И., КУДАШЕВА З. Э., РАМАЗАНОВА А. Я. Коммуникативная эффективность как средство достижения цели профессионального общения ... 7

БУСЬКО Е. В. Прагмалингвистические характеристики медицинского дискурса 15

ВИНОГРАДОВА Е. В. Формирование профессиональной языковой личности в медицинском вузе 20

ЗЕНИНА О. Ю., КОРИЧКИНА Л. Н., ЗЕНИН Т. Т. Особенности медицинского дискурса 26

МАЙБОРОДА С. В. Диалоговые стратегии коллегиального дискурса доктора и пациента 30

ТОРУБАРОВА И. И. Медицинский дискурс: жанровое разнообразие научных текстов 36

2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС ГЛАЗАМИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ И ФАРМАЦЕВТОВ 43

АЛЕКСЕЕВ Р. К., ЧИЧАНОВСКАЯ Л. В., ДАДАБАЕВ В. К. Особенности взаимодействия врача и пациента, имеющего черепно-мозговую травму без проявлений очаговой неврологической симптоматики на фоне алкогольного опьянения 45

ЕМЕЛЬЯНОВА Л. В., РОГАНОВА А. А. коммуникативные барьеры в практике врача анестезиолога-реаниматолога и пути их преодоления 54

ЖАРКОВА С. А., ХМЕЛЁВА М. А., КОСТЕНКО Е. В. Необходимость коммуникативных навыков для работы в фармацевтической отрасли 59

ЗАХАРОВА Ю. В., КУЗЬМИН В. Б., КУЗЬМИНА Н. Н. Коммуникативные и этические аспекты взаимоотношений в системе «врач – медперсонал» 63

КОЛЕСНИКОВА И. Ю. Взаимные ожидания врача и пациента 68

КОНОНОВА А. Г., КОЛБАСНИКОВ С. В., БЕЛОВА Н. О. Особенности коммуникативных отношений в паллиативной медицине 73

МАКСИМОВ Д. А., ШЕПЕЛЬ Е. В., СУЛЕЙМАНОВА О. О. Значение психологической коррекции для патофизиологического течения раннего послеоперационного периода у больных с раком молочной железы 79

МАРТИКАЙНЕН Е. А., МЯСНИКОВА Т. С. Специфика коммуникации в системе «врач челюстно-лицевой, реконструктивно-пластический хирург – пациент» .	85
НАГАЕВА С. Ю., ЯКОВЛЕВА М. В., АЛЕКСЕЕВ Д. В. Особенности взаимоотношений врача и пациента с инфекционными заболеваниями	91

3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА 97

БАШИЛОВ Р. Н., БАШИЛОВА С. М. Задачи биоэтики по формированию ответственного поведения студентов в концепции здорового образа жизни ...	99
БУЛАНОВ В. В. Воля к субъектности в контексте медицинского дискурса	104
КОРИЧКИНА Л. Н., ПОСЕЛЮГИНА О. Б., КОНОНОВА А. Г. Проблема клипового мышления у студентов медицинского вуза	109
КОРИЧКИНА Л. Н., КЛЕЙМЕНОВА Л. С., АЛЬ-ГАЛЬБАН Л. Н. Современный студент – электронная личность	114
МАКСИМОВ Д. А., МУРАШОВА Л. А. Психологические предикторы эффективного взаимодействия с больными раком молочной железы	119

4. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА 125

АНТИПИНА О. В. Языковая экспертиза как средство повышения качества учебных изданий вуза на английском языке	127
ВЛАДИМИРОВА С. Б. Колоративы в тексте судебно-медицинского исследования	134
ГОРДЕЕВА Л. К. Функционирование медицинского термина в обыденном сознании человека	139
ЗАХАРЧЕНКО Е. С., КОЗЕЛ Н. П. Транслатологические особенности современного фармацевтического дискурса (французский и русский языки)	145
ВАСИЛЬЕВА О. А., ЗОЛотова О. В. Использование активных методов обучения для формирования навыков эффективной коммуникации в сфере медицины	151
ГАВРИЛЕНКО Н. Г., БЕЛЬДИЕВ С. Н., ГАВРИЛЕНКО Д. А. Проблемы изучения англоязычной медицинской терминологии студентами медицинского вуза	155
КОРНЕВА З. Ф., КАРМАЛЬКОВА Е. А. Практическая целесообразность обучения иностранному языку в медицинском вузе	162
КУРИЦЫНА И. Ю. Медицинская терминология в формате дистанционного обучения	167

МЯСНИКОВА Т. С. Использование современных образовательных технологий как средство мотивации обучающихся на занятиях по иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе	173
НОВИКОВА А. В. Дискуссия как средство развития softskills будущего врача	180
ПЕТРОВА М. Н., ШАРАНДА Г. И. Использование электронных средств обучения иноязычной профессионально ориентированной коммуникации ...	184
ПОСЕЛЮГИНА О. Б., КОМАРОВ И. И., ЖУХОРОВ Л.С. Дискурс и текстовая культура в обучении студентов	188
ПРОСТОТИНА О. В., СКАЧИНСКАЯ И. А. Некоторые аспекты обучения произношению в неязыковом вузе в контексте медицинского дискурса	192
РАЗОРЕНОВ Д. А., САФОНОВ К. Б. Направления формирования социокультурной компетентности студентов в процессе обучения иностранному языку	197
САХНОВА О. И. Грамматическое оформление иноязычной речи как средство обеспечения эффективной коммуникации в сфере медицины	202
САЯНОВА Г. И. Профессионально-личностное развитие студента в условиях инновационного образовательного процесса	207
СОКОЛОВА А. Ю., СОРОКИН Ю.И. Развитие коммуникативных навыков как залог эффективной коммуникации «врач – пациент»	212
ЦАРИКОВА А. А. Интегрированное обучение студентов медицинского вуза иностранному языку и профессии	217

Научное издание

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:
вопросы теории и практики

Материалы
8-й Международной научно-практической
и образовательной конференции

9 апреля 2020 г.

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

Подписано в печать 13.07.2020 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 13,07. Уч.-изд. л. 10,2. Гарнитура OctavaC.
Заказ12.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.
тел. (4822)32-12-03
e-mail: rpc.tver@mail.ru

ISBN 978-5-8388-0211-8



9 785838 802118