



МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

СБОРНИК СТАТЕЙ

по материалам
X Всероссийского
научно-образовательного
симпозиума с международным
участием

8 апреля 2022 года



Тверь 2022

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Сборник статей по материалам
X Всероссийского научно-образовательного симпозиума
с международным участием
8 апреля 2022 г.

Под общей редакцией Е. В. Виноградовой



Тверь
Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета
2022

УДК 614.253
ББК 51.1
М 422

Рецензенты:

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

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

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : сборник статей по материалам Всероссийского научно-образовательного симпозиума с международным участием, 8 апреля 2022 г. / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2022. — 72 с. — ISBN 978-5-8388-0250-7. — Текст: электронный : URL : www.repo.tvergma.ru

В издании представлены статьи участников X всероссийского научно-образовательного симпозиума с международным участием по теоретическим и практическим вопросам коммуникации в сфере медицины.

Для врачей, фармацевтов, психологов, лингвистов, филологов, специалистов в области гуманитарного знания, преподавателей высших учебных медицинских учреждений.

УДК 614.253
ББК 51.1

Предисловие

8 апреля 2022 в Тверском государственном медицинском университете в 10-й юбилейный раз состоялось научно-практическое мероприятие, посвященное обсуждению вопросов медицинского дискурса.

Симпозиум, в котором приняли участие исследователи-единомышленники, интересующиеся вопросами медицинского дискурса и разрабатывающие различные его аспекты, в очередной раз продемонстрировал актуальность проблемы коммуникации в медицинской сфере. Лингвисты, психологи, клиницисты-теоретики и практики представили свое видение проблемы речевого взаимодействия «врач-пациент» и предложили пути её разрешения. Примечательно, что представители разных предметных специальностей и медицинских направлений затронули схожие темы разрешения нестандартных ситуаций ведения врачебного приёма. Это свидетельствует об изменениях, наметившихся во взаимоотношении между участниками медицинского дискурса. Это нельзя назвать случайностью. Являясь одной из самых заметных и значимых сторон социальной жизни, медицинский дискурс, как барометр, отражает все происходящие в ней явления и перемены. Поэтому изучение медицинского дискурса во всех его типах и проявлениях может способствовать повышению качества медицинского обслуживания и качества жизни человека.

Руководствуясь пониманием важности этого вопроса, организаторы форума постарались отразить в предложенных работах аспекты, которые заставляют задуматься будущих и начинающих свою деятельность врачей о необходимости совершенствования своих коммуникативных навыков, воспитании в себе профессиональной культуры, изучении психологии пациента и так далее.

Авторы работ надеются, что изложенные ими взгляды послужат стимулом для дальнейшего более глубокого изучения затронутых проблем, что будет способствовать совершенствованию здравоохранения и удовлетворенности пациента медицинским обслуживанием.

УДК 616-01

Л. А. Аврасина, врач невролог, врач функциональной диагностики
ГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСМОТРЕ, НА ПРИМЕРЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ

В статье поднимается вопрос о степени ощущения боли у детей при проведении ЭНМГ. Полученные результаты говорят о том, что боль не выходит за рамки терпимой, большинство отмечает умеренную боль. Существенного различия между ответами мальчиков и девочек не получено. Предложены способы снижения боли при проведении обследования.

The article raises the question of the degree of pain sensation in children during ENMG. The results obtained indicate that the pain does not go beyond tolerable, the majority note moderate pain. There was no significant difference between the answers of boys and girls. There were proposed ways to reduce pain during the examination.

Ключевые слова: боль, электронейромиография, ощущение боли, детская неврология, дополнительные исследования.

Keywords: pain, electroneuromyography, sensation of pain, paediatric neurology, additional research.

Попасть в больницу — это всегда стресс для человека. Особенно когда идет речь о неприятных медицинских обследованиях. Что касается детей, для них это страшно и больно. Тема боли при медицинском осмотре всегда будет актуальна. В настоящее время разработаны обезболивающие спреи, мази, но, к сожалению, не везде их можно применить. Что же помогает врачам и пациентам снизить боль? Испокон веков была патерналистическая модель отношений, к врачам было полное доверие, вера в силу и правильность лечения — это помогало в работе. Сейчас доверие к врачам снизилось, многие с помощью интернета занимаются самолечением. Взаимоотношения врача и пациента перешли полностью на коллегиальную и контрактную модель. Медицинские работники должны объяснять каждый шаг и договариваться с больным. Приходится уговаривать пациента на обследование и лечение, апеллируя статистикой, эффективностью, специфичностью выбранных методов. Электромиография (ЭМГ), электронейромиография (ЭНМГ) — относится к функциональной диагностике в разделе нейрофизиологии и представляет собой техногенный комплекс методов оценки функционального состояния нервно-мышечной системы, основанный на регистрации и качественно — количественном анализе различных видов электрической активности нервов и мышц [1, 2]. И разделяется на игольчатую и стимуляционную.

При проведении ЭНМГ невозможно использовать обезболивание, это может повлиять на результаты обследования, поэтому важно доказать необходимость исследования и то, что оно не такое страшное и терпимое.

Цель исследования. Оценить уровень болевых ощущений при проведении стимуляционной электроннойромиографии у детей.

Задача исследования. Предложить способы мотивации и эмоционального настроения для детей, которым запланировано проведение электроннойромиографии.

Поиск возможности снизить болевые ощущения.

Материалы и метод. В исследование вошли дети, проходившие стационарное лечение в 2016–2018 году на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери (неврологическое, нейрохирургическое, педиатрическое отделения). Возрастной состав от 6 до 17 лет. 102 ребенка: из них 43 мальчика и 59 девочек. Критерии вхождения в обследование: наличие согласия родителей и самого ребенка, проведение электроннойромиографии.

Для определения уровня выраженности боли мы использовали шкалу гримас Вонга-Бейкера (рис. 1), предназначенную для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту в доступной форме о необходимости выбрать, какое из представленных лиц описывает уровень его боли [3].



Рис. 1. Шкала гримас Вонга-Бейкера

Результаты. По итогам исследования распределение уровня болевых ощущений сложилось следующим образом: двое мальчиков и одна девочка сказали, что **боли нет** при ЭНМГ (3%), **незначительную боль** почувствовали 9 мальчиков и 5 девочек (14%), большинство мальчиков 23 и девочек 44 отмечали **умеренную боль** (66%), **терпимую боль** испытывали 9 мальчиков и 9 девочек (17%) (рис. 2).

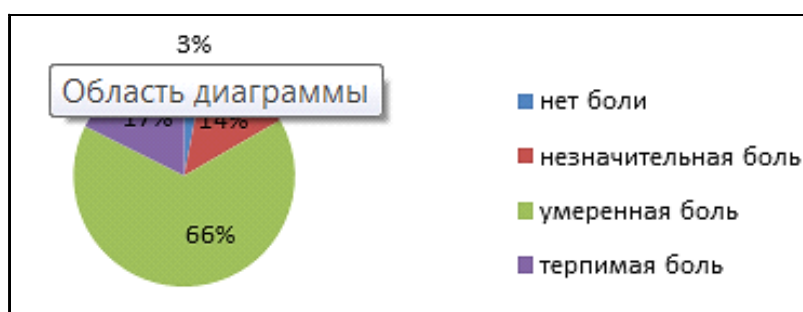


Рис. 2. Степень боли у детей при проведении ЭНМГ

Хотелось бы отметить, что те дети, которые были увлечены во время обследования игрушкой, планшетом или телефоном показывали более низкий уровень болевых ощущений. Подростки, общающиеся по социальным сетям, почти не

замечали, как долго проходит процедура. Дети младшего возраста чаще смотрели любимые мультики.

Выводы. Исходя из полученных данных, уровень ощущения боли при проведении ЭНМГ не выходит за рамки терпимой боли, большинство отмечает умеренную боль. Существенного гендерного различия мы не отметили. Что помогает снизить боль:

1. Понимание важности обследования для постановки правильного диагноза и назначения оптимального лечения.
2. Позитивный настрой врача и пациента.
3. Общение с пациентом во время процедуры.
4. Использование игрушек, гаджетов (телефонов, планшетов) для отвлечения от проходящего обследования. Соответственно просить детей взять свои гаджеты с собой на ЭНМГ. Обеспечение кабинета ЭНМГ отвлекающими предметами.

Таким образом, данное обследование можно пережить даже ребенку. Считаем, что полученную диаграмму степени боли можно использовать в качестве наглядного пособия для родителей и их детей, доказывая, что обследование не такое страшное, как кажется.

Литература

1. Drendel, A. Pain assessment for children: overcoming challenges and optimizing care / A. Drendel, B. Kelly, S. Ali // *Pediatric Emergency Care*. August. — 2011. — № 27 (8). — P. 773-781.
2. Мальмберг, С. А. Пособие по ЭМГ «Клиническая стимуляционная электромиография» / С. А. Мальмберг. — Москва, 2014. — С. 7.
3. Николаев, С. Г. Атлас по электромиографии / С. Г. Николаев. — Иваново : ИПК «ПресСто», 2010. — С. 7.

УДК 378.147.227

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

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск, Россия

ГЛОССАРИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ДОКЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КАК СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПОСОБИЙ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ИНОСТРАННОМУ

В статье освещается тема разработки глоссариев неязыковых дисциплин как пособий, имеющих значительный дидактический потенциал. Глоссарии систематизируют терминологический аппарат учебной дисциплины и обеспечивают преемственность научных знаний от курса к курсу, от дисциплины к дисциплине. Рассматривается функциональная типология англо-русских глоссариев, созданных автором статьи совместно с неязыковыми кафедрами Иркутского государственного медицинского университета. Приводится их структурно-содержательная характеристика, иллюстрируемая фрагментами учебных пособий, используемых в образовательном процессе. Обозначается перспектива разработки учебных пособий по русскому языку как иностранному на базе содержания глоссариев клинических и доклинических дисциплин.

The article highlights the problem of development of glossaries of non-linguistic disciplines as having a considerable methodological potential. Glossaries put terms and concepts of an academic discipline into the system and ensure continuity of scientific knowledge from year to year, from discipline to discipline. The functional typology of English – Russian glossaries, worked out in co-authorship with non-linguistic departments of the Irkutsk State Medical University, is considered. Their structural and content features are described, provided with fragments of study guides used in the educational process as an example. A prospect of development of study guides in Russian as a foreign language based on the content of glossaries of clinical and preclinical disciplines is outlined.

Ключевые слова: глоссарий, справочное издание, учебное пособие, (до)клиническая дисциплина, термин, толкование.

Key words: *glossary, reference edition, study guide, (pre)clinical discipline, term, definition.*

К числу критериев эффективности высшего учебного заведения относится такой показатель, как международная деятельность вуза, поэтому курс на сохранение контингента иностранных граждан в университетах страны имеет большое стратегическое значение. Несмотря на многочисленные трудности внешнего характера, связанные с набором иностранных граждан, желающих обучаться в вузах России в непростой пандемийный период, процесс интернационализации высшего образования в нашей стране продолжается, но с внесением корректив относительно форм и средств обучения, методов и способов взаимодействия с обучающимися и контроля усвоенного материала [4], а также начального уровня владения русским языком как иностранным при зачислении в неязыковые вузы.

Одной из дискуссионных проблем при обучении русскому языку как иностранному (далее — РКИ) является оправданность использования преподавате-

лем языка-посредника, например, английского. Традиционная отечественная лингводидактика говорит, что так делать нельзя, но на практике, особенно когда речь идет о программах специалитета с элементами английского языка (English-medium programs), совсем избежать этого не удастся [1]. В условиях ежегодного сокращения часов РКИ у студентов, приехавших с околонулевыми знаниями русского языка, знание преподавателем иностранного языка может существенно облегчить и ускорить процесс перехода с одной языковой кодовой системы на другую. В зависимости от языковых способностей группы англоговорящих обучающихся, как показывает наш опыт, этот переход на занятиях по РКИ в неязыковом вузе может быть плавно осуществлен ко второму году обучения.

Кафедра иностранных языков с курсами латинского языка и русского как иностранного Иркутского государственного медицинского университета (далее — кафедра, ИГМУ) также разработала для клинических кафедр примерную схему перехода от английского языка к русскому в процессе обучения англоговорящих студентов, рассчитанную на 5,5–6 лет [3]. Концепция основана на постепенном сокращении процентной доли английского языка в курсе преподаваемых дисциплин, но не отрицает использования аутентичных учебных материалов на иностранном языке для самостоятельной работы студентов. На практике же у нас обозначилась другая проблема, заключающаяся в том, что неязыковые кафедры на всем протяжении обучения продолжают использовать преимущественно английский язык в курсе лекций и практических (семинарских) занятий с целью повышения собственной языковой компетенции, что снижает вероятность успешного, полноценного участия иностранных студентов в программах клинической практики.

В этой связи все большую актуальность и значимость приобретает вопрос о создании глоссариев неязыковых дисциплин с целью формирования профессиональной картины мира [5] у студентов-медиков средствами двух иностранных языков — английского и русского, а также глоссариев как средства развития учебной и общенаучной иноязычной лексической компетенции [2, 6] в ходе освоения иностранными студентами клинических, доклинических и гуманитарных дисциплин, где соотношение русского и английского языков отвечало бы образовательным задачам определенной дисциплины, как и содержательная структура самого учебного пособия. Используя глоссарии, можно:

- систематизировать понятийный аппарат дисциплины;
- организовать подготовку студента к текущей или промежуточной аттестации;
- обеспечить преемственность знаний на доклинических и клинических дисциплинах от I к VI курсам [3].

Как показал опыт нашей кафедры по разработке совместных с авторами других кафедр ИГМУ учебных пособий на английском языке для англоговоря-

ших студентов, на практике наиболее удобно использовать глоссарии следующих функциональных типов:

1. Глоссарий как часть учебного пособия по отдельным темам изучаемой дисциплины.
2. Глоссарий как отдельное справочное издание.
3. Глоссарий как содержательная основа учебного пособия.

Если глоссарий является *частью учебного пособия*, его логичнее всего разместить в конце издания, перед материалами приложений, если таковые имеются. Объем глоссария составляет примерно 20–30 лексических единиц, организованных в алфавитном порядке, занимающих 3–5 страниц. В зависимости от образовательных задач пособия автор выбирает один из видов презентации языкового материала:

а) В виде краткого словарика основных терминов, использованных в данном учебном издании для раскрытия темы, раздела или курса всей дисциплины. Термин на английском языке приводится с переводом на русский, с указанием синонимических или антонимических единиц в обоих вариантах (при наличии), лексической сочетаемости, необходимых стилистических и иных помет:

English terms	Russian terms
acid - strong acid - weak acid	кислота - сильная кислота - слабая кислота
acid-base state Syn. acid-base balance, acid-alkaline balance	кислотно-основное состояние Син. кислотно-основный баланс, кислотно-щелочной баланс

Такой подход кажется нам вполне оправданным, поскольку все необходимые определения есть в самом пособии. Цель включения в пособие этого блока — систематизация терминосООответствий, освещающих некоторую тему (раздел, курс дисциплины) на английском и русском языках.

б) Если в пособии по некоторым причинам недостаточно освещены некоторые термины (например, в силу того, что носят сквозной характер), но автор считает, что они имеют важное значение для адекватного восприятия учебного материала, он выбирает следующую форму организации единиц глоссария: термин на английском ↔ в скобках перевод на русском языке ↔ толкование на английском:

Cloning (клонирование) is an emergence in a natural way or a receipt of several genetically identical organisms through asexual (including vegetative) reproduction; obtaining several identical copies of hereditary molecules (molecular cloning); biotechnological methods used to artificially produce clones of organisms, cells or molecules.

Такие глоссарии хорошо использовать на младших курсах, когда доля используемого английского языка преобладает, но также требуется и минимальный словарный запас на русском языке по изучаемой дисциплине.

Двухязычный глоссарий как *отдельное справочное издание* организован в виде таблицы соответствий: термин на английском языке ↔ дефиниция на английском языке ↔ термин на русском языке ↔ дефиниция на русском языке:

English term	English definition	Russian term	Russian definition
fistulous passage	a channel through which purulent discharge or granulations go out	свищев Ъ ход	канал, по которому оттекает гнойное отделяемое или из которого выступают грануляции

Такой глоссарий больше всего подходит для систематизации терминологического аппарата отдельной дисциплины на двух языках. Количество лексических единиц и объем глоссария регулируются разумным отбором языкового материала. Для удобства пользования рекомендуется разделение на темы курса внутри глоссария. Основная проблема при разработке полноценного двухязычного глоссария заключается в достижении стилистического и лексико-грамматического единообразия предлагаемых языковых определений, поскольку в качестве источников используются материалы авторов, пишущих на разных языках, а потому различающиеся подачей языкового материала.

Наконец, глоссарий может составлять *содержательную основу учебного пособия*. Как правило, это пособия для самостоятельной внеаудиторной и аудиторной работы студентов, поэтому их основной язык — английский. Лучше всего они зарекомендовали себя в ИГМУ на примере гуманитарных и доклинических дисциплин, где от обучающихся не требуется глубокого, клинически опосредованного усвоения материала (история России, культурология, безопасность жизнедеятельности). Лексические единицы таких пособий часто являются культуроспецифическими или содержат регионоведческий компонент. Цель издания — дать общее представление о предмете изучения.

Кафедра иностранных языков разработала для соавторов с неязыковых кафедр следующую модель подобного пособия. Издание поделено на блоки для развития навыков чтения, говорения и письма. Каждый блок сопровождается дидактической установкой: «прочитать», «передать своими словами», «выразить свое мнение», «обсудить», «написать», «прослушать (интервью)», «посмотреть (видеофильм)» и так далее. Блок чтения — это сам глоссарий, относящийся к определенному разделу курса дисциплины, представленный в виде комбинации: термин на английском ↔ в скобках перевод на русском языке ↔ толкование на английском. Блок говорения может включать в себя вопросы на проверку содержания прочитанного, темы для обсуждения и разработки презентаций с последующим представлением на занятии. Блок письма содержит темы для эссе, проблемные ситуации по разделам курса, иногда опосредованные

аудио- и видеоматериалами, а также тесты с множественным выбором на проверку усвоенного.

В качестве иллюстрации вышесказанного предлагаем фрагменты учебного пособия, основанного на глоссарии дисциплины «Культурология», изучающейся в ИГМУ на II курсе:

<p>Section 3. CULTURE IN THE SYSTEM OF HUMAN IMAGES</p>
<p><i>Reading skill development focus</i></p> <p>Evolution (эволюция) is any kind of accumulation of change, or a gradual directional change. While the term primarily refers to biological evolution, there are various types of chemical evolution, and it is also found in economics, historical linguistics, and many other technical fields where systems develop or change gradually over time, e.g. stellar evolution, cultural evolution, evolution of an idea, metaphysical evolution, spiritual evolution, etc. It carries a connotation of a gradual improvement or directionality from the beginning to the end point.....</p>
<p><i>Presentation skill development focus</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cultural anthropology. 2. Anthropogenesis. 3. Races...
<p><i>Writing skill development focus</i></p> <p><i>A. Problem questions</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Does culture create an individual, or is it an individual who creates culture? 2. Do norms and values of culture influence an individual, or is it an individual who influences them?... <p><i>B. Video tasks</i></p> <p>Race and DNA test results: about the results of the DNA experiment taken by different people for finding out their true racial and ethnic heritage.</p> <p><i>Watch this video. Write an essay of up to 250 words. In your essay discuss if the problem risen in this video is important, why people pay so much attention to such unchangeable characteristics as the race, skin color, ethnicity, etc., how such an experiment, if distributed worldwide, may change the perception of racial and ethnic heritage of people, and would you like to try making this test. Give your opinion.</i></p> <p>URL: https://www.youtube.com/watch?v=Fw7FhU-G1_Q</p> <p><i>C. Problem tasks</i></p> <p>Problem task 1. <i>Analyze evolution of the society's attitude to nature from antiquity to modernity...</i></p>
<p><i>Test tasks</i></p> <p><i>Tick only one correct variant.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. The cognitive function of culture includes <ol style="list-style-type: none"> 1) transmission of spiritual experience of humanity from generation to generation 2) comprehension of one's own soul and the external world 3) compliance with humanistic requirements and principles 4) assimilation of culture in the course of the life process

Помимо основного назначения — формирования компетенций в той области знаний, к которой относится глоссарий, можно выделить еще одно перспективное учебно-методическое направление, основанное на междисциплинарной интеграции. Содержание глоссариев 1 и 2 типов представляет собой по сути уже

готовый практический материал для систематической проработки и закрепления языка специальности на факультативных дисциплинах «Русский язык в медицине» и «Русский язык в медицине и в повседневной коммуникации». Оно может быть также взято в качестве языковой базы для специальных учебных пособий по РКИ на закрепление и активизацию вокабуляра отдельных неязыковых дисциплин. Приведем в качестве примера только несколько направлений работы с готовыми глоссариями клинических и доклинических дисциплин, потенциально перетекающими в учебные пособия по РКИ разных видов:

1. Написание словарных диктантов. Разработка прописей и материалов для учителя.
2. Отработка вокабуляра отдельных клинических и доклинических дисциплин. Разработка учебных пособий для аудиторной и внеаудиторной работы, сборников лексико-грамматических упражнений и тестов, в основе которых лежит медицинская лексика.

При этом хочется отметить, что такие пособия по РКИ могут быть адресованы как англоговорящим, так и остальным иностранным студентам. В первом случае допускается использование английского языка для оформления дидактических установок, образцов выполнения заданий, ключей, а также в качестве содержательной части заданий на прямой и обратный перевод, поиск языковых соответствий. Для иностранных студентов, обучающихся в русскоязычных группах, единственным языком пособия по-прежнему остается русский.

Таким образом, тема разработки и использования в образовательном процессе высшей школы такого вида учебно-справочного издания, как глоссарий, представляется плодотворной областью для творчества и включает в себе значительный дидактический потенциал.

Литература

1. Ангел, А. В. Роль языка-посредника на уроках русского языка как иностранного в условиях современного вуза / А. В. Ангел, Е. А. Волкова // Преподаватель XXI век. — 2020. — № 1-1. — С. 159-167.
2. Аносова, Н. Э. Технология формирования общенаучной иноязычной лексической компетенции студентов технического вуза: на материале английского языка: 13.00.08 : дис. ... канд. пед. наук / Н. Э. Аносова. — Санкт-Петербург, 2009. — 233 с. — Текст: непосредственный.
3. Антипина, О. В. Место учебно-методических пособий в пространстве экспорта образовательных услуг / О. В. Антипина, С. А. Хахалова // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. — Иркутск, 2018. — Вып. 7. — С. 109-115.
4. Крупская, Т. С. Особенности организации учебного процесса для иностранных обучающихся в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19: опыт Иркутского государственного медицинского университета / Т. С. Крупская, И. Н. Кукушкина // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. — 2021. — Вып. 10. — С. 106-111.

5. Куламихина, И. В. Учебный глоссарий как средство формирования профессиональной картины мира / И. В. Куламихина, Е. А. Абросимова, Ж. Б. Есмурзаева, О. А. Жбиковская // Современные проблемы науки и образования. — 2021. — № 4. — URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31060> (дата обращения: 01.03.2021).
6. Ятаева, Е. В. Учебный глоссарий как средство развития учебной иноязычно-лексической компетенции в профессиональном языковом образовании: 13.00.08 : дис. ... канд. пед. наук / Е. В. Ятаева. — Екатеринбург, 2007. — 282 с. — Текст: непосредственный.

УДК 177; 179; 614.25; 613.94; 575

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

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ФЕНОМЕН «НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТИ» В БИОЭТИКЕ

В статье анализируются феномен «наклонной плоскости» применительно к сложной биоэтической ситуации. Концепт «наклонной плоскости», или «скользкого склона», рассматривается как прием теории аргументации, феномен и яркая метафора. Анализируется механизм действия принципа «скользкого склона» на примере лживого общения врача с умирающим больным, использовании эвтаназии и развития генных и репродуктивных технологий.

The article analyzes the phenomenon of «inclined plane» in relation to a complex bioethical situation. The concept of «inclined plane» or «slippery slope» is considered as a method of argumentation theory, a phenomenon and a vivid metaphor. The mechanism of action of the «slippery slope» principle is analyzed on the example of a doctor's false communication with a dying patient, the use of euthanasia and the development of gene and reproductive technologies.

Ключевые слова: «наклонная плоскость», «скользкий склон», ложь, эвтаназия, генная инженерия, принципы биоэтики, генные технологии.

Key words: «inclined plane», «slippery slope», lies, euthanasia, genetic engineering, principles of bioethics, genetic technologies.

В биоэтическом дискурсе сегодня все чаще можно встретить при обсуждении острых дилемм так называемый аргумент «наклонной плоскости». В зарубежной литературе встречаются несколько вариантов этого концепта. Иногда его называют «скользкий склон» или «мыльный склон», а также «фатальный склон». Мы считаем, что при обсуждении биоэтических проблем уместнее применять словосочетание «наклонная плоскость».

Общий смысл аргумента заключается в том, что определенные, на первый взгляд, положительные или нейтральные решения влекут за собой цепь опасных последствий, ведущих к катастрофическому результату.

Содержание концепта «скользкого склона» трояко. Он применяется как логический аргумент, как метафора, и как феномен.

Метафорически он может быть продемонстрирован следующими выражениями: «ходить по лезвию ножа», «встать на опасный путь».

В арабской культуре есть метафора «верблюжий нос». Она звучит следующим образом: «Будьте осторожны, не позволяйте верблюду просунуть нос в вашу палатку, потому что скоро весь верблюд войдет в нее!»

Близкую идею носит пословица — «Дай ему палец, а он всю руку откусит».

Идиома «открыть ящик Пандоры» также характеризует смысл феномена.

Визуально его можно продемонстрировать шариком, скатывающимся по наклонной плоскости, и чем ниже он скатывается, тем больше его скорость. Че-

ловец, который поскользнулся на скользком склоне и потерял контроль над своим телом. А также всем известный «эффектом домино».

При обсуждении многих биоэтических проблем «скользящий путь» выступает как логический аргумент. Притом аргумент скользкого пути — это, как правило, негативный аргумент, когда есть попытка отговорить кого-то от принятия курса действий, потому что если они это сделают, это приведет к какому-то неприемлемому выводу. Но некоторые авторы указывают, что аргумент с той же структурой может быть использован в позитивном ключе, когда кого-то поощряют сделать первый шаг, потому что он приводит к желаемому выводу [7].

Рассмотрим проявления феномена «наклонной плоскости» в различных биоэтических ситуациях.

Примером может служить изменение нравственного статуса врача при общении с онкологическим пациентом, построенного на лжи. «Подскальзывание» происходит тогда, когда врач решает воспользоваться так называемой «ложью во благо», «спасительной ложью». Понятно, что когда врач в первый раз сообщает пациенту ложный диагноз, то это приводит его в состояние дискомфорта. Но со временем это состояние проходит. Врач, видя позитивный эффект от лживого общения, успокаивается, ведь нет ухудшения психоэмоционального состояния пациента, обвинений со стороны родственников в его адрес. Врач своей «спасительной ложью» самоустраняется от больного, оставляя его один на один со своей бедой. Таким образом, пациент становится «марионеткой» в руках лгущего врача [1].

Дальше, ощущая полную безнаказанность, врач лишь оттачивает свой коммуникативный навык лживого общения, все больше убеждая себя в своей правоте. «Катясь по наклонной», врач нарушает врачебную тайну, обсуждая медицинскую информацию с родственниками больного без его согласия. В качестве доказательств своих лживых слов врач вынужден подтверждать их не соответствующими действительности фактами — придумывать несуществующие диагнозы, подделывать документы, назначать лечение, не соответствующее диагнозу. Тенденция к постепенной деградации личности доктора очевидна. Разрушение личности врача обязательно скажется и сказывается на окружающих. Лгущий врач бросает тень не только на себя, но и на все здравоохранение в целом. Что скажут люди, которые сталкивались с ложью отдельного врача? Они скажут, что все врачи лгут, в российской медицине принято лгать [6]. В этой ситуации мы видим снижение доверия не только конкретного пациента к конкретному врачу, но и разрушение доверия всего населения к здравоохранению [2].

Иллюстрацией феномена «наклонной плоскости» может быть применение эвтанази.

«Скатывание» происходит и в случае увеличения числа стран, законодательно присоединяющихся к этой практике, и при расширении контингента и показаний к осуществлению эвтанази. С 2002 года в Нидерландах начали практиковать активную эвтаназию. С каждым годом количество людей, добровольно

ушедших из жизни, увеличивается в среднем на 8 %. Позже активную эвтаназию стали осуществлять в двух штатах США, Бельгии и Люксембурге. На сегодняшний день активную эвтаназию легализовали более пяти штатов США, Канада, Швейцария, Испания, Германия, Австралия. Кроме этого, если вначале были прописаны четкие показания к проведению эвтаназии: пациенты должны являться взрослыми (совершеннолетними), рациональными (компетентными), умирающими (терминальными), добровольными (свободными от принуждения) [3]. Сегодня в Нидерландах расширили показания к проведению эвтаназии. Теперь её можно применять не только к онкологическим больным, но и к неврологическим, к людям страдающим психическими заболеваниями, причем компетентность уже не обязательна, когда есть согласие родственников.

В 2014 году в Бельгии была узаконена эвтаназия детей без возрастных ограничений.

Таким образом, если в начале право на достойную смерть рассматривалось в фокусе принципа уважения автономии пациента, в рамках которого определяется право автономной личности на самоопределение, то сегодня соблюдение данного принципа становится необязательным [4].

Феномен «наклонной плоскости» ярко демонстрирует развитие такой науки, как генетика. От чисто исследовательской концепции в настоящее время генетика перешла к практическому воплощению. Генетическое консультирование просчитывает рождение больных детей. Преимплантационная генетическая диагностика позволяет проводить селекцию человеческих эмбрионов при проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения. В связи с этим, можно говорить о возрождении евгенических практик.

Известный отечественный биоэтик И. В. Силуянова, анализируя процессы, происходящие в современной репродуктивной медицине, констатирует, что данная область давно «скользит по наклонной плоскости» и геномное «улучшение» человека — это шестая «регрессивная ступень прогресса», за которой следует открытие искусственной матки, «биосумки» (biobag). После серийного запуска этой технологии, считает автор, придет эра нового «искусственного человечества» и такие понятия как «семья» и «родитель» станут анахронизмами [5].

При развитии геномной инженерии все начиналось с генетической модификации растений. Дальше стали модифицировать животных. И уже сегодня мы узнаем о факте генетической модификации человека.

В ноябре 2018 года, весь мир узнал о китайском ученом Хэ Цзянькуй, который заявил об успешном изменении геномов новорожденных близняшек, по имени Лулу и Нана (Lulu and Nana). 35-летний ученый со своими помощниками путем воздействия на ген эмбрионов (CCR5) якобы сумел создать малышей, невосприимчивых к ВИЧ и имеющих пожизненный иммунитет от данного вируса.

Ученый Хэ Цзянькуй привлек к своему эксперименту восемь пар добровольцев, в которых мужчины были больны ВИЧ, а женщины — нет. Не вдаваясь в юридические подробности, подчеркнем, что в Китае, как и во всех развитых

странах, существуют этические и юридические нормы, запрещающие пересаживать генетически редактированные эмбрионы женщинам [3].

В заключении, необходимо отметить, что при всем понимании бесконечности научного прогресса, всегда есть опасность феномена «наклонной плоскости». Решение данной проблемы нам видится в четком контроле всех биотехнологий со стороны законодательства и соблюдением учеными основных биоэтических принципов и правил: «не навреди», «делай благо», уважение автономии личности, справедливости, добровольного информированного согласия, конфиденциальности.

Литература

1. Башилов, Р. Н. Этические дилеммы, возникающие при общении с умирающими пациентами / Р. Н. Башилов, С. М. Башилова ; под общей редакцией Е. В. Виноградовой // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции. — 2017. — С. 5–10.
2. Гуманитарное измерение боли и практики социальной анестезии: монография / Е. А. Евстифеева [и др.] ; ред. Е. А. Евстифеева, С. И. Филиппченкова. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — 187 с.
3. Киселев, В. А. «Наклонная плоскость» и биоэтика: от логики к антропологии / В. А. Киселев, Т. В. Смирнова // Ценности и смыслы. — 2021. — № 4 (74). — С. 15–27.
4. Репина, С. М. Биоэтический дискурс об эвтаназии / С. М. Репина, Р. Н. Башилов // Перспективы науки. — 2010. — № 5 (7). — С. 19–24.
5. Силуянова, И. В. Феномен «наклонной плоскости» в репродуктивной медицине / И. В. Силуянова // Церковь и медицина. — 2019. — № 1 (18). — С. 56–60.
6. Ситуация человека: философский и дисциплинарный дискурс / под общ. ред. Е. А. Евстифеевой. — Тверь : РИЦ ТГМА. — 2008.
7. Хейг Мэтью. Аргументы скользкого пути подразумевают противодействие переменам / Хейг Мэтью, Вуд Джеффри С., Стюарт Эндрю Дж. // Память и познание. — 2016. — № 44 (5). — С. 819–836.

ПАНДЕМИЯ COVID-19/21 И ПРОБЛЕМА СО-БЫТИЯ СО СТРАХОМ СМЕРТИ

Автор статьи исходит из того, что пандемия COVID-19/21 актуализировала такую вечную проблему человека как со-бытие со страхом смерти. Сохранение человеком психологического здоровья предполагает его победы над тремя самыми мучительными проявлениями этого страха. Во-первых, это страх перед предсмертными муками. Во-вторых, это страх перед утратами. В-третьих, это страх перед небытием. Автор статьи предлагает свое видение стратегий победы над этими проявлениями страха смерти.

COVID-19/21 pandemic has actualized such eternal human problems as coexistence with the fear of death. The aim of the article is to describe the ways for a person to preserve the psychological health in this situation. It can be achieved by overcoming the three most painful manifestations of the fear of death: the fear of death throes, the fear of loss and the fear of non-existence. The author of the article offers his own vision of strategies for mastering these fears.

Ключевые слова: здоровье, бытие, страх, смерть, человек.

Key words: health, being, fear, death, man.

На протяжении истории человечества не раз были опустошительные эпидемии. Но только теперь, в начале XXI века, международная интеграция быстро превратила локальную эпидемию в явление планетарного масштаба — в пандемию COVID-19/21. С начала 2020 года значительная часть новостей связана с ней, она всё продолжается, ежедневно приводя к смерти людей в всём мире. Это вызвало в человечестве устойчивые панические настроения. Их основным содержанием является страх перед смертью: и до начала пандемии пугающая «смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное воздействие на наш опыт и поведение» [1], что же говорить в современной ситуации. Полагаю, что данная пандемия актуализировала проблему со-бытия человека с этим страхом. Любому человеку на протяжении всей его жизни присуще нежелание смириться с пугающей неотвратимостью смерти. И это мучительное противоречие, как отмечает психотерапевт Ирвин Ялом, вызывает базовый и пожизненный экзистенциальный конфликт [10, с. 12].

Человек неустранимо смертен, ему со страхом смерти возможно лишь со-бытие. Но оно может быть разным. По наблюдению Мартина Хайдеггера, обычно «люди не дают хода мужеству перед ужасом смерти. Обыденное бытие к смерти есть ... постоянное бегство от нее, ... оно ... переделывает смерть в обыденно происходящий смертный случай у других, ... удостоверяющий нам, что сам ты еще ведь жив» [8, с. 252–255]. Но страх смерти тем самым лишь временно забывается, а затем начинает человека мучать вновь. Это может привести его к депрессии, к нервным и психическим расстройствам, к суицидальным мыслям. Как же мужественно вести со-бытие со страхом смерти и при этом сохранять здоровье?

Очевидно, что психологически здоровое со-бытие человека со страхом смерти может обеспечить лишь обретение психологической защиты от наиболее мучительных проявлений этого страха. Для этого, полагаю, надо поговорить о страхе перед предсмертными муками, о страхе перед утратами, о страхе перед небытием, и попытаться понять, как ними можно справиться.

Сведение страха смерти к страху перед предсмертными муками

В первую очередь, страх смерти порождается вероятностью испытать страдания при умирании. Так как эта вероятность неустранима (если, конечно, не совершить относительно безболезненный суицид), то человек, паникующий от упоминания о предсмертных муках, будет всячески избегать любых мыслей о смерти. Игнорирование смерти станет для него стратегией освобождения от страха смерти. Такой выбор совершают многие люди, но страх перед смертью навязчиво преследуют их, мысли о смерти вытесняются из их сознания. Последствия этого вытеснения, по наблюдению Жана Бодрийяра, проявляется в современной культуре в виде совокупности взаимосвязанных намёков — символов [3, с. 44]. В основе каждого из этих символов находится вытесненная мысль о смерти, которая в свою очередь отсылает к пугающему переживанию возможного грядущего страдания, связанного с умиранием. Так возникает и постоянно возобновляется круг страха, пребывание в котором приносит человеку намного больше страданий, чем самая мучительная предсмертная агония.

Как вырваться из этого круга? Принять, что страдание есть часть жизни, причём значительная и неотъемлемая. Сложно не согласиться с наблюдениями Будды, согласно которому, каждому человеку изначально присуще несчастное желание — привязанность к миру, несчастное потому, что оно — исток всех остальных желаний, а страдание рождается снова и снова, если не искоренена склонность к желанию [4, с. 77]. А так как почти на протяжении всей своей жизни мы страдаем, то почему мы так боимся относительно недолгого предсмертного страдания? Осознав это, будет легче переносить страх перед возможным дискомфортом предсмертной агонии, перестать сводить страх смерти к страху перед предсмертными муками.

Сведение страха перед смертью к страху перед утратами

Не менее распространенным является сведение страха перед смертью к страху перед грядущими утратами — своей жизни, своего тела, своих перспектив и планов, своих близких людей. Протест против осознания этой неизбежности вынуждает многих людей погружаться в бесконечное потребление, подменять стремление быть жадной владения и обладания. современное общество потребления подыгрывает им, соблазняя людей на все новые и новые покупки, на мгновения погружая в состояние иллюзорного благополучия. Однако, как отметил Эрих Фромм, человек, сделавший владение и обладание своими главными ценностными ориентирами, более несчастен, чем человек, не заикленный на обладании и владении, потому что они заканчиваются со смертью [6, с. 29, 36, 44]. Круг страха для человека, вытесняющего владением и обладанием страх перед

утратами, связанными со смертью, безысходен, потому что страх потерять то, что имеешь, неизбежно напоминает о совокупности утрат, сопряженной со своей будущей смертью.

Каков выход из данного круга? Эрих Фромм советовал человеку, перейти от ориентации на имение (то есть, на владение и потребление) к ориентации на бытие. Это потому что человек, желающий в первую очередь быть, а не иметь, компенсирует утраты, связанные со смертью, тем, что предполагает раскрытие своего творческого и коммуникативного потенциала ценой отказа от обладания чем-либо [6, с. 35]. Эту позицию, на мой взгляд, дополнительно обосновывает учение Мартина Хайдеггера о человеке как пастухе бытия. По мнению философа, когда человек осознаёт, что его уникальная способность — быть пастухом бытия и в этом смысл его жизни, так как только человек способен своим умом постичь бытие и при помощи речи изложить познанное [8, с. 192, 195, 198, 202]. Осознание собственной смертности, по Мартину Хайдеггеру, сталкивает с проблемой одиночества и тем самым стимулирует общение с другими людьми и сделать свою жизнь понимающей и тем самым значимой для них [7, с. 263–264]. Человек — пастух бытия не жаждет иметь, так как он занят гораздо более важным делом, а потому все его возможные утраты, связанные со смертью, кажутся незначительными, а потому и не пугающими.

Сведение страха смерти к страху перед небытием

Сведение страха перед смертью к страху перед небытием происходит, когда человек обесценивает всё своё прошлое и настоящее, воспринимая смерть как отрицание будущего. Реакцией является бегство от мыслей о смерти в гедонизм, в серию попыток взять от своей жизни всё, что можно взять. Но это бегство становится пожизненным и превращает человека в несчастного невротика. Жизнь для такого человека в промежутках между погонями за развлечениями оказывается слишком пустой для того, чтобы ей по-настоящему радоваться, так как предполагает жизнь в мире вещей, погружение в жизненную рутину [10, с. 36]. Такой человек интуитивно чувствует, что «такая жизнь немногим отличается от смерти, и он острее ощущает ее близость и неизбежность» [1]. Эта пустота жизни связана с отчуждением человека от его деятельностной сущности, и потому пугает, напоминая ему о грядущей пустоте небытия [2, с. 7], погружая в круг страха.

Решение этой проблемы должно быть комплексным. Начнём с того, что глупо бояться наступления пустоты в момент смерти, потому что, как отметил Эпикур, смерть тела — это утрата способностей чувствовать [10, с. 749], а потому и мыслить, и страдать. При этом именно осознание факта собственной смертности позволяет человеку вести полноценную деятельную жизнь. Как отмечает Виктор Франкл, оно только наполняет жизнь человека смыслом, состоящим из совокупности возможностей, реализуемых им самим [6, с. 191–192], а потому и продолжение жизни имеет смысл только в том случае, если жизнь сама ... наполнена смыслом [6, с. 195].

Итак, в период короновирусной пандемии нам всеми стал легче осознать первостепенную важность проблемы со-бытия со страхом смерти. Психологически благополучное со-бытие со страхом смерти возможно. Этот страх естественен, но для того, что поддаваться ему нет оснований. Человек способен вести полноценную жизнь, помня о грядущей смерти, но при этом не паниковать из-за возможных предсмертных мук, не бояться утрат, связанных со смертью, не пугаться смерти как перехода в небытие. Знание о философских аргументах, помогающих в этом, как никогда необходимо для нас, людей периода пандемии COVID-19/21.

Литература

1. Абдулгалимова, С. А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти / С. А. Абдулгалимова. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-sobstvennoy-smerti-i-perezhivanie-straha-smerti/viewer> (дата обращения 12.12.2021 г.). — Текст: электронный.
2. Антипов, М. А. Страх как форма отношения человека к смерти / М. А. Антипов // Известия ПГПУ. Общественные науки. — 2006. — №2. — С. 5–9. — Библиогр.: с. 9 (11 названий). — Текст : непосредственный.
3. Бодрийяр, Ж. Символический обмен и смерть / Ж. Бодрийяр. — 2-е изд. — Москва : Добросвет ; Издательство «КДУ», 2006. — 389 с. — ISBN 5-98227-170-5. — Текст : непосредственный.
4. Дхаммапада. Буддизм. Четыре благородных истины / Дхаммапада. — Москва : ЗАО Издательство «Эксмо-Пресс», Харьков : «Фолио», 2001. — С. 23–90. — ISBN 5-04-003749-X (ЭКСМО-Пресс), ISBN 966-03-0640-7. — Текст : непосредственный.
5. Франкл, В. Общий экзистенциальный анализ / В. Франкл // Человек в поисках смысла: сборник. — Москва : Прогресс, 1990. — С. 157–283. — ISBN 5-01-001606-0. — Текст : непосредственный.
6. Фромм, Э. Иметь или быть / Э. Фромм. — Москва : АСТ, 2019. — 320 с. — ISBN 978-5-17-115543-8. — Текст : непосредственный.
7. Хайдеггер, М. Бытие и время / М. Хайдеггер. — Москва : Изд. фирма «Ad Marginem», 1997. — 451 с. — ISBN 5-88059-021-6. — Текст : непосредственный.
8. Хайдеггер, М. Время и бытие. Статьи и выступления / М. Хайдеггер. — Москва : Республика, 1993. — 447 с. — ISBN 5-250-01496-8. — Текст : непосредственный.
9. Эпикур. Письма и фрагменты / Эпикур // Мыслители Греции. От мифа к логике: Сочинения. — Москва : ЗАО Издательство «Эксмо-Пресс», Харьков : «Фолио», 1999. — С. 737–795. — ISBN 5-04-001264-0 (ЭКСМО-Пресс), ISBN 977-03-0362-9 (Фолио). — Текст : непосредственный.
10. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. — Москва : Независимая фирма «Класс», 1999. — 576 с. — ISBN: 5-86375-106-1, 0-465-02147-6. — Текст : непосредственный.

УДК 316.776.34

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

Е. М. Кочегурова, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ СУРДОПЕРЕВОД

В статье рассматриваются психолингвистические и организационные особенности консультирования врачом-генетиком пациентов, страдающих нейросенсорной тугоухостью. Отмечается специфика коммуникации через сурдоперевод. Приводятся характерные реакции слабослышащих пациентов на назначения и рекомендации врача-генетика.

The article discusses the psycholinguistic and organizational features of genetic counseling of patients suffering from sensorineural hearing loss. The specificity of communication through sign language translation is noted. The characteristic reactions of hearing-impaired patients to the administration and recommendations of a geneticist are given.

Ключевые слова: генетическая консультация, проблемы коммуникации, сурдоперевод, отрицание болезни, роль сурдопереводчика, проецирование.

Key words: genetic counseling, communication problems, sign language interpretation, disease denial, the role of a sign language interpreter, projection.

Налаженная коммуникация между врачом и пациентом важна в любой области оказания медицинской помощи. Не составляет исключение консультация врача-генетика, на приеме у которого речь идет в прямом смысле о даровании здоровой полноценной жизни еще не родившемуся человеку.

Проведение генетической консультации сопряжено с целым рядом нравственно-этических и психологических проблем, затрагивающих чувства потенциальных и состоявшихся родителей, что требует от врача высокой степени профессионализма. В отличие от других медицинских специальностей, где врач выступает в роли модератора диалога «врач-пациент» и выясняет все обстоятельства, необходимые для постановки диагноза и назначения лечения, врач-генетик выступает в большей мере в роли просветителя по общим вопросам генетики с целью максимального информирования пациентов о возможных вариантах развития ситуации при имеющихся в семье генетически обусловленных проблемах [1]. Его профессиональная деятельность направлена на медицинскую профилактику наследственных и врожденных заболеваний. Учитывая важность и ответственность вопроса, врач-генетик в ходе коммуникации должен определить:

- является ли патология в консультируемой семье наследственной
- какова вероятность рождения потомства с данной патологией (прогноз потомства)
- какие методы диагностики возможны для углубленного обследования
- какие существуют методы лечения и медицинской профилактики.

Вся собранная и тщательно проанализированная информация обсуждается с пациентом в доступной для него форме с целью оказания помощи в принятии решения относительно дальнейшего поведения по организации собственной жизни.

Для поддержания психологического благополучия пациента при проведении консультирования, построенного на просветительской основе с «психолого-педагогическим компонентом», врачу необходимо владеть коммуникативными приемами, не допускающими никакой двойкой трактовки сказанного, а также словесного воздействия на консультируемых при принятии ими решения по вопросам генетического здоровья. Коммуникативная тактика консультирования, основанная на базовых положениях биоэтики, должна лишь помочь обратившимся за помощью самоопределиваться, то есть, прийти к единственному для них осознанному решению, последствия которого могут предопределить всю последующую жизнь их и их близких.

Взятый за основу медико-генетического консультирования принцип «приоритета человека» заключается не только в праве получить исчерпывающую информацию относительно собственного здоровья и перспективах репродукции, но и на конфиденциальность генетической информации. Этот законодательно подкрепленный во «Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека» [2] принцип конфиденциальности позволяет оградить обратившихся за консультацией от трактовки или обсуждения их медицинских данных третьей стороной.

Безусловное соблюдение названного принципа, базирующееся на профессиональной этике врача-консультанта, гарантировано, если консультация проводится без присутствия лиц, не состоящих с пациентом в родственных отношениях и не имеющих непосредственного отношения к обсуждаемой проблеме. Однако в реальных клинических условиях возникают ситуации, когда проведение генетического консультирования предполагает присутствие третьего стороннего человека, оказывающего помощь в донесении информации от врача-консультанта пациенту и от пациента врачу. Например, сурдопереводчика при обращении за консультацией пациентов с нейросенсорной тугоухостью (глухотой).

Следует отметить, что врожденная тугоухость приблизительно в 20 % вызвана генетическими факторами. Это означает, что каждый восьмой житель Земли является носителем одного из генов, вызывающих рецессивную тугоухость [6]. По существующим правилам, беременным женщинам, отягощенным по сенсорной тугоухости, рекомендовано пройти генетическое консультирование, показаниями к которому являются: оценка степени риска рождения больного ребенка, а также наличие, по данным пренатального скрининга, высокого риска рождения ребенка с хромосомной патологией (синдромом Дауна). Коммуникация на генетическом консультировании с данным контингентом женщин осуществляется через сурдопереводчика (фр. *sourd* — глухой) с помощью языка жестов. Жестовый язык, используемый в культуре глухих и слабослышащих с целью коммуникации, представляет собой самостоятельный язык, состоящий из жестов, каждый из которых производится руками в сочетании с мимикой, формой или движением рта и губ, а также в сочетании с положением корпуса тела.

При привлечении к проведению консультации сурдопереводчика речь не идет о случайном человеке. Обычно это специалисты по языку жестов, подготовленные для сопровождения пациенток в медицинские учреждения, ответственно подходящие к выполнению своих обязанностей. Однако отсутствие у них специального медицинского образования может сказываться на ходе генетического консультирования, привнося в него ряд специфических сложностей психолингвистического, организационного и социо-поведенческого плана.

Как было отмечено выше, целью генетического консультирования является полное и исчерпывающее информирование пациенток об их собственном генетическом статусе и перспективах иметь здорового ребенка. При всей полноте и доступности излагаемой врачом-консультантом информации, транслируемой жестами через сурдопереводчика, врачу сложно оценить восприятие информации неслышащим человеком. Это связано с тем, что слух — функция среды и мозга, определяемая взаимосвязью между особенностью личности с его слуховой активностью, и эмоция — важная составляющая слуха. Слышащий человек определяет мир ушами, а не глазами, и ему бывает непросто понять субъективный мир неслышащего человека. Любой язык в его лексико-грамматическом проявлении является отражением образа мышления его носителя и сказывается на восприятии окружающего мира.

Передавая информацию через посредника-сурдопереводчика, важно иметь в виду, что жестовая речь в отличие от звуковой, аграмматична и обходится без окончаний, предлогов, падежей. Кроме того, ей свойственна смысловая неопределенность: один жест может обозначать разные схожие по смыслу слова (синонимы). Для передачи синонимов звукового языка используется мимический параллелизм, когда один жест дополняется другим и выразительной мимикой. Насколько через мимико-жестовую образы можно передать специфику генетически обусловленной проблемы, врачу определить сложно. Хотя при консультировании врач-генетик стремится излагать важную информацию в максимально доступной форме, бывает невозможно обойтись без терминов, например, «гетерозигота», «рецессивный тип наследования», неадекватное жестовое транслирование которых может вызвать сложности восприятия у консультируемых и привести, в свою очередь, к недоверию со стороны слабослышащих и предположению, что от них что-то скрывают.

Возможным способом донесения сути информации может быть дублирование сказанного письменно-графической иллюстрацией, что опять же не гарантирует правильность восприятия пациентом смысла. Об этом свидетельствует пример с ВИЧ-больными, имеющими нарушения слуха. Получив на руки заключение «ВИЧ-положительный», они не начинали лечение, полагая, что слово «positiv» в анализах свидетельствует об отсутствии у них негативных явлений [4]. Данный пример еще раз говорит об обязательном присутствии на любом медицинском приеме сурдопереводчика, не только для обеспечения интерактивного взаимодействия между врачом и пациентом, но и для подтверждения правильности понимания пациентами врачебного заключения.

Кроме сложностей психолингвистического характера, сказывающихся на ведении генетической консультации, врачу-генетику приходится сталкиваться с решением вопросов, связанных с социально-психологическими установками страдающих тугоухостью пациентов.

Наряду с обращающимися за консультацией потенциальными родителями, в семьях которых существует риск рождения ребенка с тугоухостью, следует отметить категорию пациентов, визит которых продиктован необходимостью получения заключения о наличии у ребенка врожденной тугоухости. Такое заключение требуется родителям для оформления ребенку инвалидности. Подобные случаи требуют от врача-консультанта особого коммуникативного подхода для устранения недопонимания родственниками ребенка важности процедуры медицинской констатации глухоты. Ссылаясь на очевидность глухоты ребенка, родители не воспринимают и отвергают необходимость проведения ДНК-тестов для подтверждения у него причин тугоухости. По их мнению, глухота ребенка не нуждается в дополнительной диагностике. Основной приводимый ими аргумент — «и так понятно, без анализов, что ребенок не слышит». В ходе беседы врачу-генетику важно без использования директивных методов убеждения добиться от родителей понимания невозможности диагностики глухоты ребенка по внешним фенотипическим признакам, а также добровольного согласия на применение специальных методов исследования — ДНК-диагностики.

Сложности коммуникации с пациентами, страдающими врожденной тугоухостью, заключаются также в том, что они не считают глухоту болезнью, требующей специализированной медицинской помощи и возможной коррекции врожденного недуга. Они позиционируют себя как людей, имеющих некоторые особенности: «У нас есть особенности, но это никак не заболевание». Такая установка, закрепившаяся в сознании людей с отсутствием слуха, приводит зачастую к нежеланию полностью интегрироваться в сообщество слышащих и интегрировать туда своих детей. На предложение генетиков и сурдологов провести коррекцию слуха ребенка, они отвечают возражением: «Я не слышу, и ему это не нужно», «Я против установки слухового импланта, не хочу, чтобы мой ребенок был роботом». Иногда подобная позиция разделяется сурдопереводчиками, что во многом затрудняет работу врача-генетика.

Говоря о роли сурдопереводчика в установлении взаимопонимания между врачом-генетиком и пациентами, следует остановиться на моментах, влияющих на ход консультации в организационном плане. Как правило, сурдопереводчики — это люди, выросшие в семье или окружении глухих или слабослышащих людей и неплохо разбирающиеся в их психологии и мировоззрении. Сопровождая людей с тугоухостью на прием врача-специалиста, они оказывают неоценимую поддержку в оказании медицинской и консультативной помощи. При этом транслирование информации в диаде «врач-пациент» не предполагает включение личной позиции переводчика в процесс обсуждения. Однако, как показывает практика ведения консультаций через сурдоперевод, на приеме врача-генетика переводчик, имеющий опыт проживания в окружении неслышащих людей,

с трудом дистанцируется от личного. Так, например, на реплику врача «Ваша задача — перевести мои слова и донести их смысл семье», можно услышать «Семье глухих ваша диагностика не нужна, так как любая из них мечтает о рождении ребенка с глухотой».

Присутствуя на консультационной беседе в качестве языкового посредника, сурдопереводчик, знакомый с проблемой глухоты не понаслышке, может проецировать проблемы консультирующихся на собственные обстоятельства, включаясь в интеракцию и высказывая свое мнение: «а это совсем не нужно», «а я этого не знала», «а нам этого не предлагали», «возможна ли такая диагностика в моей семье» и так далее. Подобные вопросы вынуждают врача переключать свое внимание на реплики и вопросы сурдопереводчика и тратить дополнительное время на разъяснения, не относящиеся непосредственно к обсуждаемой с пациентами проблеме.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что проведение генетической консультации с пациентами, страдающими тугоухостью, сопряжено с рядом особенностей психолингвистического и организационного характера. Это требует от врача-генетика выработки личных коммуникативных стратегий, а также слаженного взаимодействия с сурдопереводчиком. Врач-генетик должен быть готов к неординарной реакции слабослышащих на назначение генетического теста для выяснения шансов рождения ребенка с глухотой или определения причин тугоухости ребенка. Эмпатия, терпение и понимание, проявляемые врачом-генетиком, способны помочь преодолеть возникающие в коммуникации проблемы и склонить родителей к решению о коррекции слуха ребенка.

Литература

1. Виноградова, Е. В. Дискурсивные особенности медико-генетического консультирования / Е. В. Виноградова, Е. М. Корнюшо // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы третьей межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. — Тверь : РИЦ ТГМУ, 2015. — С. 28–35.
2. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. — https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome.shtml [электронный ресурс] (дата обращения: 18.04.2022).
3. Barnett, S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education / S. Barnett // Academic Medicine. — 2002. — № 77 (7). — P. 694–700.
4. De Ronzig C. Krankheit und Unfall: Wenn Kommunikation besonders heikel wird / C. De Ronzig // Visueller Puls. — 2014. — S. 11.
5. Edanur Сьre Erfahrungen gehцrloser Patienten im ambulanten Gesundheitssystem — eine qualitative Befragung von Gehцrlosen und Gebцrdensprachdolmetschern / Dissertation. — Jena, 2020. — 91 S.
6. Petersena, M. B. Non-syndromic, autosomal-recessive deafness / M. B. Petersena, P. J. Willems // Clinical Genetics. — 2006. — Vol. 69. — P. 371–392.

УДК 316.776.34

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент¹

С. А. Масюков, врач-ревматолог²

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия¹

ООО «Клиника Эксперт Тверь», г. Тверь, Россия²

СЛОЖНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В ТРИАЛОГЕ «ВРАЧ-ПЕРЕВОДЧИК-БОЛЬНОЙ»

В статье рассматриваются сложности коммуникации с иноязычными пациентами, не владеющими языком страны пребывания, на приеме у врача. Отмечается специфика ведения приема через языкового посредника. Даются практические советы по оптимизации работы с данным контингентом пациентов.

The article discusses the difficulties of doctor-to-patient communication with patients not speaking the host country language. The specificity of conducting a medical appointment through a language intermediary is noted. Practical advice for optimizing the work with this group of patients is given.

Ключевые слова: коммуникация, иноязычный пациент, языковой посредник, патерналистская модель, эмпатия.

Key words: communication, foreign-language patient, language mediator, paternalistic model, empathy.

Успешность коммуникации на первичном приеме между врачом и пациентом, выражаемая в установлении взаимопонимания в ходе обмена информацией, значимой для постановки диагноза и назначения обследования, в значительной мере влияет на ход и результат лечения. Повседневная реализация этой аксиомы медицинского дискурса определяется коммуникативным опытом врача, базирующимся на его профессиональной языковой культуре, а также знании социальных реалий, национально-поведенческой и речевой специфики пациентов. Даже при наличии у врача перечисленных качеств диалогическая интеракция в рамках одного языкового поля может быть затруднена в силу объективных и субъективных обстоятельств, вытекающих из социокультурного и образовательного статуса пациента, а также его личностно-поведенческих характеристик. Определенные сложности, возникающие в ситуации недопонимания в ходе иноязыкового диалога, могут быть преодолены за счет коммуникативных умений врача. Проблему представляют ситуации, в которых пациент не владеет абсолютно или в недостаточной мере государственным языком страны пребывания.

Следует отметить, что аспект медицинского обслуживания иноязычных больных не нашел должного освещения в отечественных публикациях и требует специального изучения с целью выработки рекомендаций медицинским учреждениям по ведению этой группы пациентов. При этом важно учесть, что в различных клинических ситуациях — на амбулаторном приеме, приеме по экстренности, при диспансерном наблюдении, стационарном лечении — рекомендации могут и будут иметь свою специфику, определяемую не только направле-

нием оказания медицинской помощи, но и национально-культурными особенностями иноязычного контингента пациентов, преобладающего в каждом отдельном регионе.

Об актуальности рассмотрения и решения поднятой в статье проблемы говорят обобщения, сделанные в странах, в которых с конца прошлого столетия отмечается значительный приток иноязычных граждан из разных регионов мира. В исследованиях приводится целый ряд сказывающихся на результатах лечения моментов, которые непосредственно связаны с недопониманием в интеракции «врач-пациент».

В обобщенных наблюдениях зарубежных авторов отмечается, что пациентов, не владеющих языком общения страны пребывания, реже записывают на контрольные осмотры. Они реже являются на повторные приемы, не соблюдают медикаментозные назначения [2]. Языковой барьер сказывается и на порядке назначения диагностических обследований в сторону их избыточности. Данный контингент пациентов существенно меньше использует возможности профилактических осмотров и превентивных медицинских акций, а также клиничко-лабораторных обследований. Сложности в языковой коммуникации сказываются и на удовлетворенности больных ходом лечения, что приводит к снижению комплаенса и отрицательно отражается на результатах оказания медицинской помощи. Отмечается также, что в этой группе больных фиксируется больше назначений экспертиз [2]. Это, однако, не означает, что пациенты этой группы получают менее квалифицированную и качественную помощь. Из приводимых наблюдений можно заключить, что из-за невозможности передать релевантную для врача информацию не владеющие языком страны пребывания больные получают неадекватное ситуации медицинское обслуживание [3].

Для преодоления языкового барьера на сегодняшний день в практическом здравоохранении используются разные подходы, каждый из которых имеет свои положительные и отрицательные стороны. Так, вовлечение в интеракцию «врач-пациент» переводчика, аккредитованного по специальности «межкультурная коммуникация», не всегда облегчает, а иногда и затрудняет работу врача. Медицинские работники не всегда уверены в способности специалиста по межкультурной коммуникации понять медицинские термины и адекватно их перевести [3].

Специально подготовленного и владеющего медицинской терминологией переводчика можно привлечь на помощь, в основном, в крупных городах. Однако такие кадры специализируются, как правило, на работе с доминирующими мировыми языками, на которых в медицинских центрах и клиниках могут — в рамках необходимого — общаться врачи и медицинский персонал. Сложность как раз представляет коммуникация с носителями языков, мало- или не распространенных в европейском ареале.

Как было отмечено выше, различные сферы и этапы оказания медицинской помощи, например, пребывание в условиях стационара с присущим ему лечебным и организационным распорядком, имеют определенные особенности коммуникации с иноязычными пациентами. В рамках одной статьи невозмож-

но охватить все грани проблемы общения с данным контингентом. Остановимся на отдельных моментах, отмеченных на амбулаторных приемах врача-терапевта, врача-ревматолога в Тверском регионе.

Приступая к анализу сделанных в последние годы наблюдений по оказанию помощи иноязычным больным, следует обозначить группы, общение с которыми ставит перед врачом особые коммуникативные задачи. Это, прежде всего, представители республик постсоветского пространства из Средней Азии, Азербайджана, Армении трудоспособного возраста, работающие в сфере оказания строительных, торговых и бытовых услуг, а также взрослые члены их семей. Возрастной диапазон довольно широк: от молодых взрослых до пожилых с преобладанием мужчин средних (30–40) лет. Как правило, такие пациенты приходят на прием врача в сопровождении лиц, позиционирующих себя как «владеющие русским языком». Это могут быть представители национальной диаспоры, знакомые или родственники пациента. Следует отметить, что привлечение родственных лиц в качестве Ad hoc-переводчиков широко распространено во многих странах не только на амбулаторном приеме, но и в стационарных условиях и достигает 78–94 % [4].

Как же качество интеракции «врач-пациент» зависит от присутствия третьего лица, задача которого как можно точнее транслировать реплики врача и получаемые на них ответы? О правильности передаваемой пациенту информации можно судить только косвенно по адекватности получаемых от пациента ответов, что не всегда имеет место. Важно при этом отметить, что качество коммуникативного диалога на амбулаторном приеме зависит не только от уровня владения русским языком Ad hoc-переводчика, которого правильнее было бы назвать языковым посредником. Коммуникативный результат во многом определяется степенью инкультурации человека, оказывающего языковую поддержку, в российскую социальную действительность. Само по себе умение объясниться на русском языке не является основой успешности ведения диалога и установления взаимопонимания. Нами замечено, что Ad hoc-переводчики, изучавшие русский язык в национальных школах в советский период, но не адаптировавшиеся к современным российским реалиям, справляются с ролью языкового посредника хуже, нежели лица, в силу профессиональных и житейских обстоятельств знакомые с языковым и социокультурным кодом современного российского публичного пространства.

Безусловно, качество диалога с иноязычными собеседниками определяется не только коммуникативной компетентностью языкового посредника, но и готовностью врача оптимизировать интеракцию путем предварительного информирования Ad hoc-переводчика краткими, четко сформулированными и доступными для восприятия фразами о причинах и целях расспроса. Однако несмотря на предварительные разъяснения и инструктирование врач не может быть до конца уверен в корректности и полноте транслируемой посредником информации, как от врача к пациенту, так и от пациента врачу. Об искажении и неполноте передаваемой информации говорят и наблюдения зарубежных коллег, сде-

ланные на основе расшифровки и анализа записи триалога с привлечением Ad hoc-переводчиков [2].

Сложности в детализации и выявлении фактов, релевантных для постановки диагноза и назначения лечения, могут возникать не только вследствие недостаточной языковой компетентности земляка или родственника, сопровождающего пациента. Определенную проблему в получении полноты информации может представлять также степень родства обращающихся за помощью, их возрастная иерархия и социальная субординация — факторы, особенно свойственные выходцам из среднеазиатских и закавказских республик. Например, в случае, когда транслятором выступает муж пациентки, она детально рассказывает о физических сторонах недомогания, обходя психоэмоциональные моменты. В том случае, когда помощь в переводе оказывают молодые сопровождающие или взрослые дети пожилых пациентов, они испытывают дискомфорт и неловкость при расспросе старших, при транслировании указаний врача, при объяснении диагноза. В подобной ситуации определяющим фактором корректной трансляции сказанного врачом является его умение влиять на коммуникативную ситуацию. Членораздельно и медленно произносимые короткие предложения, терпеливое слушание существенно повышают шанс на успешное и продуктивное ведение врачебного расспроса [1].

Следует отметить, что вопреки существующей в последнее время тенденции перехода от патерналистской модели беседы с больным к партнерской, в случае триалога с иноязычными пациентами более эффективной оказывается директивная манера, характеризующаяся более четкими, структурированными, однозначными фразами без абстрактных формулировок и стилистических приемов, допускающих неоднозначность перевода. По сути, патерналистская модель, означающая отеческое (*paternus* лат. — отцовский) отношение к пациенту, демонстрирует желание врача выяснить проблему и оказать помощь, что положительно сказывается на открытости пациента. При этом, человеческое участие и уместный подобно ситуации юмор также способствуют снятию неловкости у пациента и сопровождающего его языкового посредника. Конечно, недопустимым является обращение к темам, которые могут вызвать у пациента или языкового посредника чувство неловкости из-за их национальных и мировоззренческих убеждений.

Сложность ведения триалога с иноязычным пациентом заключается для врача также в том, что он должен анализировать нелогичность получаемой от языкового посредника информации и определить, каким звеном в цепочке беседы она может быть вызвана. В случае сомнения в «авторстве» информации (особенно при наличии родственных отношений у обратившихся за помощью) врач должен попросить сопровождающего точно и просто передать слова пациента и указать, что является интерпретацией или дополнением переводчика.

Хотя в задачи врача на ведении приема с иноязычным пациентом не входит обязанность информирования языкового посредника о необходимости неразглашения сведений о пациенте, он может это сделать в силу своего отношения к профессиональному долгу. Также он может поинтересоваться у пациента, не возра-

жает ли тот против присутствия при осмотре третьего лица. Такой подход врача повышает, как показывает практика, ответственность и старание переводчика.

В том случае, если врач во время приема обнаружил неспособность языкового посредника обеспечить минимально приемлемое качество перевода, следует ограничиться первостепенными неотложными назначениями и деликатно предложить прийти на повторный прием в сопровождении иного лица из круга знакомых или национальной диаспоры. Несомненно, в каждой национальной диаспоре есть лица, хорошо владеющие русским языком и способные осуществлять переводческие услуги. Однако не каждый обращающийся ко врачу готов прибегнуть к их помощи в силу личных обстоятельств, предпочтя поддержку родственников или близких знакомых.

Важным моментом работы с иноязычными пациентами является также тайминг приема, который должен быть учтен регистратором при записи ко врачу. Увеличенная продолжительность времени приема требуется не только для врачебной беседы и осмотра, но и для предварительной инструктирующей и заключительной пояснительной беседы с переводчиком, необходимой в случае дальнейшего ведения и наблюдения пациента.

Очевидно, что амбулаторный прием, протекающий в форме диалога, для двух участников которого русский язык является иностранным, представляет для врача определенный профессиональный вызов. Он может быть разрешен только благодаря наблюдательности врача, его пониманию психологии пациента, эмпатии и высокой коммуникативной компетенции.

Литература

1. Виноградова, Е. В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношение «врач-пациент» / Е. В. Виноградова // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции. — Тверь : РИЦ ТГМУ, 2016. — С. 12–18.
2. Bischoff, Al. Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen / Al. Bischoff, R. Steinauer, El. Kurth. — Basel : Universitaet Basel, 2006. — 69 S.
3. Bischoff, A. Gesund werden erfordert verstanden werden. Gute Erfahrungen mit professionellen Dolmetscherdiensten / A. Bischoff // Soziale Medizin. — 2002. — № 29(4). — P. 48–50.
4. Putschacker F. Language barriers in Vienna Hospitals / // Ethnicity & Health. — 2000. — № 5(2). — P. 113–119.

УДК 372.881.161.1

М. И. Винокурова, канд. пед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Иркутск, Россия

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОРОТКОМЕТРАЖНЫХ ФИЛЬМОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ИНОСТРАННОМУ

В статье рассматривается вопрос использования короткометражных фильмов при обучении иностранных студентов-медиков русскому языку как иностранному на примере комплексных учебных пособий, разработанных кафедрой иностранных языков с курсами латинского языка и русского.

The article deals with the use of short films in teaching Russian as a foreign language to foreign medical students on the example of complex teaching aids developed by the Department of Foreign Languages with Latin and Russian courses.

Ключевые слова: короткометражный фильм, иностранные студенты, русский язык как иностранный, учебное пособие, мотивация, профессиональные условия обучения.

Key words: short films, foreign students, Russian as a foreign language, teaching aid, motivation, professional learning environment.

В процессе обучения иностранных студентов на кафедре иностранных языков с курсами латинского языка и русского как иностранного ИГМУ (далее — кафедра) создаются и используются профессионально ориентированные авторские учебные пособия по обучению русскому языку как иностранному, задачей которых является формирование у иностранных обучающихся профессионально-коммуникативной компетенции, необходимой для профессионального общения как в учебно-академической, так и в научной сферах, что позволяет иностранным студентам решать профессионально значимые задачи средствами русского языка

Разработанные комплексные пособия кафедры многофункциональны: они сочетают образовательную, информативную, воспитательную и профориентационную функции, охватывают все виды речевой деятельности (чтение, говорение, аудирование, письмо), включают упражнения по разным аспектам языка (лексические, грамматические, синтаксические). При этом в пособиях находит отражение, прежде всего, принцип профессиональной направленности в отборе учебного материала, тем, текстов, заданий, ситуаций общения, которые ориентированы на специальность студентов-медиков [1]. Таким образом, комплексные кафедральные пособия по русскому языку как иностранному, выполняя помимо обучающей и воспитательную функцию, содействуют профессиональному воспитанию будущих медиков [2].

В предлагаемых пособиях предусмотрена также работа над фильмами. Как известно, использование кинофильмов на занятиях по иностранному языку значительно повышает мотивацию студентов, способствует усвоению и закреплению нового и ранее изученного лексического, грамматического, фонетического и страноведческого материала, развивает навыки аудирования, стимулирует уча-

стие в дискуссиях, делает процесс обучения для студентов более содержательным и интересным [3]. Следует отметить, что фильмами оказывается определенное эмоциональное воздействие на студентов, способствующее развитию мотивированности речевой деятельности, что приводит к развитию различных сторон психической деятельности, прежде всего, внимания и памяти.

Кроме того, фильмы являются в нашем случае источником информации, помогающей иностранным студентам составить наиболее полное представление о профессии врача, о медучреждениях региона, что в определенной мере облегчает адаптацию к профессиональным условиям обучения.

В пособиях кафедры для работы предлагаются короткометражные документальные фильмы, имеющие, по нашему мнению, ряд преимуществ: они односюжетны, и обучающимся нетрудно их понять; продолжительность от 5 до 20 минут дает возможность просмотреть их при необходимости не один раз; при этом, несмотря на недолгое время предъявления, авторам удается обратить внимание на главное, заставить задуматься, что является при обсуждении после просмотра поводом для дискуссии. Это фильмы, в которых показывается жизненный и профессиональный путь выдающихся отечественных врачей: династии хирургов Вишневских, Н. Н. Бурденко, Г. А. Илизарова, С. Н. Федорова. Значительное место занимает региональный компонент: это фильм «Профессия врач ИГМУ», видеосюжет об известном иркутском невропатологе, профессоре, авторе многократно переиздававшегося учебника нервных болезней для медицинских вузов Х.-Б. Г. Ходосе, фильм об иркутском хирурге Ю. А. Козлове, обладателе звания «Лучший детский хирург России», а также фильмы об иркутских медицинских учреждениях: о факультетских клиниках ИГМУ, диагностическом центре, МНТК «Микрохирургия глаза».

В качестве примера приведем работу с короткометражным фильмом об иркутском диагностическом центре. Структура работы над фильмом схожа со структурой работы над текстом. Она включает три этапа: преддемонстрационный, демонстрационный и постдемонстрационный. Для каждого из этапов разработана система заданий. Задача заданий преддемонстрационного этапа — установка на понимание содержания и снятие языковых и лингвострановедческих трудностей. Для семантизации незнакомой лексики используются беспереvodные способы: дефиниция или толкование значения слова на русском языке (например, «многопрофильный — прил.; специализирующийся по нескольким направлениям»). На этом этапе студентам предлагается ответить на вопрос: «Что вы знаете об иркутском диагностическом центре?», что позволяет сконцентрировать внимание обучающихся на предстоящем просмотре фильма.

Демонстрационный этап включает в себя установку на понимание. Студентам дается задание, нацеленное на развитие как рецептивных, так и продуктивных умений: они должны после просмотра фильма заполнить схему, включающую следующие вопросы: «Что мне было известно?», «Что для меня было новым?», «Что я считаю интересным?», используя при ответе на каждый вопрос только одно предположение. Для слабых групп возможна повторная демонстрация фильма.

Постдемонстрационный этап — это этап контроля и развития навыков диалогической и монологической речи. Он включает высказывание студентов по предложенной перед просмотром схеме «известное-новое-интересное», ответы на вопросы по содержанию фильма, а также участие в дискуссии «Действительно ли иркутский диагностический центр является ведущим медучреждением региона?» с использованием метода «ПОПС-формула», позволяющего кратко выступить, аргументируя свою точку зрения при обсуждении: П — позиция (в чем заключается точка зрения) : Я считаю, что...; О — обоснование (довод в поддержку позиции): ...потому что...; П — пример (факты, иллюстрирующие довод): ...например...; С — следствие (вывод): ... поэтому При этом мы используем дискуссию в форме пирамиды: высказать свою точку зрения предлагается вначале самому сильному студенту в группе, затем — менее сильным, с обязательным выражением согласия или несогласия с точкой зрения предыдущего выступающего, и уже в самом конце — выступают наименее сильные студенты, которым, прослушав предыдущие ответы своих одноклассников, легче подготовить свое высказывание. Таким образом, дискуссия, в форме пирамиды позволяет преподавателю привлекать к обсуждению всех обучающихся, контролируя при этом их умение использовать дискуссионные тактики.

Завершающий этап работы над фильмом — это рефлексия. На доске записывается начало фраз с многоточием: «Сегодня я узнал(-а)... Было интересно... Было трудно...», которые заканчивают обучающиеся. После высказываний студентов совместно заполняется таблица: «Узнал(-а)/Умею-Знаю/Хочу узнать».

Кроме заданий, направленных на развитие устной речи, в систему работы над фильмом включены также задания для развития письменной речи: в качестве домашнего задания студентам предлагается написать эссе на тему: «Иркутский диагностический центр — многопрофильное ведущее медучреждение региона».

Таким образом, использование короткометражных фильмов при обучении студентов-медиков русскому языку как иностранному с учетом выявленных закономерностей повышает эффективность обучения, мотивацию к изучению русского языка, коммуникативную компетенцию, способствует адаптации к профессиональным условиям обучения и профессиональному воспитанию будущих медиков.

Литература

1. Антипина, О. В. Типы учебных пособий по русскому языку как иностранному для студентов-медиков: из опыта работы / О. В. Антипина, М. И. Винокурова // Мир науки. Педагогика и психология. — 2021. — Т. 9, № 4.
2. Антипина, О. В. Элементы профессионального воспитания в учебном пособии по русскому языку как иностранному для студентов-медиков / О. В. Антипина, М. И. Винокурова // Мир науки. Педагогика и психология. — 2020. — Т. 8, № 4. — С. 27.
3. Николенко, Е. Ю. Система работы с художественным фильмом на уроках РКИ / Е. Ю. Николенко, О. В. Иванова // Русский язык за рубежом. — 2013. — № 4. — С. 43–52.

УДК 378:001.895:61

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

А. Ю. Соколова, д-р филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ФОРМИРОВАНИЯ КОНСТРУКТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ: ОСОБЕННОСТИ ГРАММАТИКИ МЕДИЦИНСКОГО АНГЛИЙСКОГО

Авторы рассматривают понятие Medical English с точки зрения лингвистики, анализируют средства, которыми достигается реализация профессиональных коммуникативных потребностей, входящих в сферу медицинской коммуникации. Особое внимание уделяется отбору релевантного грамматического материала для обучения эффективному общению в системе «врач – пациент».

The authors deal with the concept of Medical English from the linguistic point of view, analyze how the realization of professional communicative needs within the sphere of medical communication is achieved. Particular attention is paid to the selection of relevant grammatical material for teaching effective doctor–patient communication.

Ключевые слова: медицинский английский, английский язык для профессиональных целей, лингводидактика, лексика, грамматика, коммуникация «врач-пациент».

Keywords: Medical English, English for professional purposes, language teaching, vocabulary, grammar, doctor-patient communication.

Medical English (английский язык в сфере медицины) является функциональной разновидностью (вариантом) английского языка для профессиональных целей (English for Professional Purposes — ЕРР). В основе ЕРР лежат конкретные профессиональные коммуникативные потребности определенного круга коммуникантов. Если говорить о Medical English, то речь идет о реализации коммуникативных потребностей работников медицинской сферы.

Специфика ЕРР учитывает и то, что коммуникативные потребности варьируются, следовательно, содержание данной разновидности языка может быть более широким или более конкретным. Применительно к Medical English, можно говорить о выделении таких языковых подразновидностей как медицинский английский для стоматологов, медсестер, врачей, а также о дальнейшем сужении специализации — для кардиологов, эндокринологов и прочих специалистов.

Цель данной статьи — рассмотреть, что подразумевает под собой Medical English с лингвистической точки зрения, то есть как, какими средствами с точки зрения лингвистики достигается реализация профессиональных коммуникативных потребностей, входящих в сферу медицинской коммуникации.

Функциональные разновидности языка — это части литературного языка, которые отличаются друг от друга функцией языка и набором используемых речевых средств. Как известно, любой язык, как и всякая его функциональная разновидность, представляет собой единство лексики и грамматики.

Лексика (словарный запас языка) представляет собой определенные элементы, которые в целях коммуникации сочетаются коммуникантами по определенным правилам (грамматика). Лексика и грамматика представляют собой две элементарные подсистемы системы языка.

Грамматические правила (грамматика языка) представляют собой некие закономерности сочетания языковых единиц (лексики), при этом данные закономерности универсальны и постоянны для любой разновидности языка.

Набор же лексических единиц является всегда специфичным (уникальным) для каждой взятой языковой разновидности. Лексика медицинского английского — это ограниченный (хотя и довольно широкий) круг лексических единиц, необходимых для осуществления профессиональной коммуникации в медицинской сфере. В ряде случаев понятие *Medical English* всецело сводится к профессиональной лексике: *Medical English is the specialized vocabulary used by healthcare professionals and clinical researchers* [1].

Таким образом, все вышесказанное приводит нас к выводу о том, что грамматика медицинского английского полностью соотносится с грамматикой общеупотребительного английского языка, а вот лексика оказывается значительно суженной, ограниченной.

Однако это утверждение не является корректным. Основная функция любой языковой разновидности — коммуникативная. Следовательно, необходимо рассматривать содержание каждого языкового варианта с учетом тех коммуникативных сфер, которые он обслуживает.

Основная коммуникативная сфера медицинского английского — профессиональное общение работников. Коммуникативная сфера включает в себя набор коммуникативных ситуаций, в структуре которых выделяются такие компоненты, как коммуниканты, отношения между ними и связанные с этим тональность общения (официальная, нейтральная, дружеская), цель, способы общения (устный / письменный, контактный / дистантный) и место общения.

В рамках медицинской коммуникации общение осуществляется в профессиональной обстановке (медицинском учреждении) между врачом и коллегами и между врачом и пациентом. При этом тональность и способы общения могут быть различными.

Исходя из этого, утверждение о том, что лексика медицинского языка имеет тенденцию к ограниченности, сужению объема является неправомерным, так как в некоторых коммуникативных ситуациях на первый план будет выходить лексика общеупотребительного языка (в устном общении с пациентом), а в других — непосредственно профессиональная. Следовательно, можно сказать, что лексика медицинского английского расширяется по сравнению с общеупотребительным языком. Фактически, она оказывается интегрированной в общенациональный язык.

А вот для грамматики медицинского английского данное утверждение вполне обоснованно. Как показал многолетний опыт работы с указанной языковой сферой, грамматика английского языка значительно сокращается в медицинс-

кой сфере, ограничиваясь определенными структурами и конструкциями, некоторые из которых не являются столь распространенными в общеупотребительном английском языке.

Лингводидактические исследования традиционно уделяют значительное внимание вопросу отбора лексического наполнения занятий, а именно, соответствующей коммуникативной ситуации терминологии и иной специальной лексики или их отсутствия, чтобы речь врача была максимально понятна пациенту. Не менее значимым является и критический подход к способам перефразирования и подбору релевантного грамматического материала для обучения эффективному общению в системах «врач – пациент» и «врач – врач», к которым мы можем отнести не только ситуации устного общения на приеме или при обмене опытом коллег, но и многочисленные примеры письменной коммуникации. Они включают, в частности, популярные медицинские Интернет-ресурсы, при помощи которых специалисты разъясняют потенциальным пациентам особенности тех или иных заболеваний, диагностических процедур, методов лечения и профилактики, или специальную медицинскую литературу, ориентированную на студентов медицинских вузов, ординаторов или практикующих врачей.

При работе с ситуациями устного общения акцент во многом делается на активизацию грамматических форм и синтаксических конструкций, которые бы создавали атмосферу не авторитарности, а сотрудничества врача и пациента. На первое место выходят формы не с оттенком категоричности, а единицы, содержащие компонент рекомендации, совета, которые могут выражаться при помощи модальных глаголов и их эквивалентов. В случае использования глаголов со значением категоричности или формы повелительного наклонения, специалист может добавить вводные слова и выражения, смягчающие ситуацию, или перефразировать свою просьбу или совет при помощи *would*:

With a baby growing inside you, I'm afraid you have to cut out alcohol. (Вместо *You must cut out alcohol!*)

Let me see you standing. (Вместо категоричного *Stand up, please!*)

Would you strip to the waist, please? или *So if you could strip to the waist.* (Вместо *Strip to the waist, please!*)

I'd strongly advise you to take the medication (Вместо *Take this medication!* или *You should take this medication!*).

Цели смягчения ситуации может служить и конструкция *Complex subject* с глаголом *seem*, которую обучающиеся неоправданно игнорируют ввиду ее традиционной отнесенности к «книжным» формам: *What seems to be the problem? You seem to be doing quite well.*

Во время приема врач является тем участником общения, которому приходится задавать вопросы для получения исчерпывающей информации о состоянии больного. Косвенная форма вопроса способствует снятию общей категоричности, позволяет вопросу звучать более вежливо и дает почувствовать пациен-

ту, что врачу безразлична его проблема, что он вовлечен в процесс принятия решения. Рассмотрим примеры:

Could I have a chat with you about your blood pressure management before you go home?

Could you tell me your full name, please? (Вместо *What is your full name?* или *Tell me your full name, please!*)

В целом, использование формы повелительного наклонения ограничивается инструкциями по выполнению конкретных действий (по определенному протоколу, схеме), не подразумевающих альтернативности. Например, медицинский работник может использовать их при выполнении исследования, для которого существует пошаговый алгоритм, от которого нельзя отступать: *Take a deep breath and try to fill your lungs as much as you can. Place your lips tightly around the mouthpiece. Blow as hard and as fast as you can with one breath...*

Подобные действия русскоговорящие обучающиеся не всегда могут отличить от просьбы или рекомендации пациенту выполнять определенные действия (самостоятельно в процессе лечения). В ряде случаев просьбы, выражаемые ими на английском языке, звучат излишне категорично и даже невежливо, грубо. Так, например, при объяснении пациенту методики пикфлоуметрии стилистически более корректным было бы заменить высказывание *Use this peak flow meter at the same time every day* на *I'd like you to use this peak flow meter at the same time every day* или *Would you mind using this peak flow meter...?* Использование выражений *I'd like to* или *Would you mind...* не является избыточным для носителей английского языка, но помогает создать атмосферу сотрудничества и снимает психологический дискомфорт.

Мы рассмотрели некоторые явления, которые представляются актуальными при работе над устной коммуникацией в системе «врач – пациент». Несомненно, для активизации письменной коммуникации медицинских работников с пациентами, которой уделяется в последнее время все большее значение, а также навыка чтения и корректного понимания профессиональной литературы необходимо задействовать иные грамматические формы и конструкции.

Литература

1. Medical English for Health Professionals. — URL : <https://www.englishhints.com/medical-english.html> (дата обращения: 03.03.2022). — Загл. с титул. экрана. — Текст : электронный.

УДК 614:253

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

КОНФЛИКТ КАК НЕУДАЧА МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Слово — дело великое. Великое потому, что словом можно соединить людей, словом можно и разъединить их, словом можно служить любви, словом же можно служить вражде и ненависти. Берегись такого слова, которое разъединяет людей.

Л. Н. Толстой

То, что начато в гневе, кончается в стыде.

Л. Н. Толстой

Конфликт между врачом и пациентом является очевидной неудачей медицинского дискурса. Компонентами конфликта являются предпосылки, речевые маркеры (конфликтогены), поведение сторон конфликта (отрицание, компромисс или конфронтация). Профилактика конфликта предполагает распознавание конфликтогенов-триггеров, связанных с моделью общения, и уклонение от конфликта. Обучение врачей методикам управления конфликтом и бесконфликтному поведению повышает стрессоустойчивость врача и системы здравоохранения в целом.

The conflict between doctor and patient is an obvious failure of medical discourse. The components of the conflict are prerequisites, speech markers (conflictogens), the behavior sides of conflict (denial, compromise or confrontation). Conflict prevention involves recognizing conflict triggers associated with the communication model and avoiding conflict. Teaching doctors conflict management techniques and conflict-free behavior increases the stress tolerance of the doctor and the healthcare system as a whole.

Ключевые слова: конфликт, конфликтогены, конфликтогены-триггеры, модели общения.

Keywords: conflict, conflictogens, conflictogens-triggers, communication models

Конфликт в сфере взаимодействия «врач-больной» часто возникает в типичных ситуациях и развивается по своим законам. Изучение этих законов и их вербальной составляющей помогает лучше понять механизмы эскалации конфликтных ситуаций и выработать стратегии недопущения и противодействия конфликту.

Это явление исключительно вербальное и диалогическое, как минимум. Иначе говоря, для возникновения и развития конфликта необходимо словесное общение не менее двух участников, например, врача и пациента. Без слов или без пары участников конфликт невозможен. Именно поэтому конфликт — это серьезный провал медицинского дискурса.

Конфликт не всегда имеет под собой реальное основание в виде глобального несовпадения жизненных установок или желания причинить вред противоположной стороне, хотя такое, к сожалению, тоже встречается. Очень часто причиной возникновения и эскалации конфликта являются недопонимание, неумение слышать друг друга, неверно выбранные речевые и коммуникативные страте-

гии, эмоциональное перевозбуждение, незнание методик управления конфликтом и основ бесконфликтного поведения.

Принято выделять особые лексемы, конфликтогены [4]. Это элементы коммуникации, создающие напряжение в общении и способствующие возникновению или усугублению конфликта. В свою очередь, конфликтогены могут выступать как провокаторы конфликта (триггеры) либо как его лексическая составляющая в случае, если возникновение конфликта является следствием непримиримого противоречия в позициях сторон.

Лингвистический аспект конфликта, являющегося только отражением жесткого социального или личностного противостояния, вторичен. Как правило, речь идет о экспоненциальном нарастании эмоций, частоты и весомости лингвистических конфликтогенов вследствие конфронтации участников дискурса. Это может быть недостойное поведение врача, вымогающего взятку, или проявление ксенофобии или шовинизма со стороны пациента (демонстрация пренебрежения или ненависти к врачу-иностранцу). Подобный межличностный конфликт мало зависит от избранных лингвистических стратегий. К счастью, ситуации таких конфликтов довольно редки.

Совершенно другое дело, когда триггером конфликта становятся неудачные высказывания одной из сторон. Такие конфликты нередко называют «случайными», хотя при детальном анализе нередко все же обнаруживается некоторый умысел со стороны «провокатора» конфликта. Однако стоит помнить, что даже факт агрессивной инициации дискурса не делает конфликт неизбежным. Врач, как представитель профессии, относящейся к взаимодействию «человек-человек», должен понимать повышенную вероятность возникновения конфликтов в профессиональной сфере общения, своевременно распознавать (диагностировать) предвестники и речевые триггеры конфликта, уметь эффективно противостоять развитию конфликта.

К составляющим конфликта «врач-пациент» можно отнести: *предпосылки конфликта, речевые конфликтогены и поведение сторон конфликта.*

Существенное значение для начала, разворачивания и исчерпания конфликта имеет психосоматическое состояние людей, являющихся участниками конфликта. Физические страдания, эмоции страха, беспокойства, раздражения, а также усталость делают нас более ранимыми, обидчивыми, склонными к гипертрофированному восприятию реальной или мнимой угрозы нашим интересам. Известно, что частота конфликтов на врачебном приеме выше в начале и в конце смены. В первом случае инициация конфликта обычно обусловлена пациентом или его родственником, которые находятся под влиянием длительных и тяжелых переживаний, например, после бессонной ночи, ставшей следствием болезни и обрамляющей ее негативных эмоций. Во втором — сказывается усталость врача, снижение толерантности, эмпатии и готовности эффективно противостоять инициации и развитию конфликта.

Обязательным лингвистическим компонентом практически любого конфликта в сфере медицинского дискурса являются конфликтогены. Последние

направлены на уничтожение собеседника, подчеркивание собственного превосходства, оскорбление чувства собственного достоинства, подавление и запугивание оппонента. Различают триггерные конфликтогены, которые, собственно, и запускают развитие конфликта, и основные конфликтогены, которые способствуют его эскалации.

Следует отметить, что конфликтогены-триггеры не всегда являются такими для автора, то есть может иметь место совершенно разное восприятие данных слов произносящим и слушающим. Интересно, что это во многом связано с избранной именно врачом моделью общения. В соответствии с типами взаимодействия Роберт Витч [1] выделил инженерную, патерналистскую, коллегиальную и контрактную модели общения «врач-пациент».

При выборе врачом патерналистской модели («врач-опекун») общение строится на принципе возвышения врача, его безусловного превосходства над пациентом и субъективной правомерности высказывания достаточно жестких и нелицеприятных суждений: «Ваша проблема в неумении себя контролировать, Вы снова набираете вес!», «Неужели Вы не понимаете, что продолжение курения Вас убивает, это просто глупо!», «Я не верю, что Вы регулярно принимаете все назначенные мною препараты, уже был бы совершенно другой эффект!». Для этой модели характерно также использование относительно мягких конфликтогенов, например, выражение порицания, указание на непонятливость, снисходительность в общении: «Я Вам в десятый раз объясняю...», «Сколько можно говорить одно и то же», «Почему Вы никак не можете понять...». Для некоторых больных такая манера общения является привычной и социально приемлемой, вызывающей чувство вины за свое поведение и готовность подчиняться суровым и безапелляционным приказам «врача-командира». С другой стороны, резкие высказывания могут задевать пациента, заставляя его обороняться или, того хуже, переходить в наступление: «Я ничего не ем, но прибавляю в весе! Вы просто не можете разобраться в причинах моей болезни!», «Все курят, а хуже с каждым днем становится только мне!», «А, может быть, Ваши препараты мне не помогают, Вы об этом не думали?!» Поскольку первопричиной неэффективного дискурса здесь является неверно выбранная модель общения, врач стремится любыми способами удержать свое превосходство над оппонентом, что приводит к подключению уже более значимых и агрессивных конфликтогенов: «Что Вы понимаете в медицине?», «Я лучше Вас разбираюсь!», «Таким людям никакие лекарства не помогут!» и так далее. К сожалению, подобный «диалог» нередко заканчивается жалобой руководителю медицинской организации или в иные инстанции, с одной стороны, и обидой на «бестолковых и грубых больных» — с другой.

Неоптимальным вариантом медицинского дискурса представляется и инженерная модель взаимодействия «врач-пациент». В этом варианте врач принимает на себя роль квалифицированного и бесстрастного наблюдателя. Больного выслушивают, почти не участвуя в диалоге, назначают обследование, выдают заключение с диагнозом и рекомендациями со словами: «Здесь все написано». Любая попытка обсудить с врачом альтернативы в отношении методов обследо-

вания, диагноза или вариантов лечения сталкивается с жесткой позицией детерминированности: «Так надо». По сути своей, это более отстраненная и безэмоциональная версия патерналистской модели, когда врач, безусловно, прав и не видит необходимости как-то согласовывать свое видение клинической ситуации с мнением пациента. Эта модель менее опасна, поскольку подключения более агрессивных конфликтогенов, как правило, не происходит, и при попытке пациента вступить в спор или поставить мнение врача под сомнение, последний абстрагируется от конфликта: «Это Ваше право, не проходить обследование или не принимать назначенные Вам лекарства». Однако при невысокой вероятности эскалации конфликта, подобная модель взаимодействия все-таки существенно снижает комплаенс пациента и эффективность медицинского дискурса в целом.

Вместе с тем, даже выбор оптимальных моделей, коллегиальной (врач объясняет пациенту причины назначения тех или иных видов обследования и лечения) или контрактной (врач стремится достичь консенсуса с пациентом, сформировать общий поход к выбору конкретных методов обследования и лечения), не является гарантией отсутствия конфликтов. Хотя здесь на первое место все-таки выходят «конфликты непонимания» и «конфликты истощения эмпатии». В основе последних может лежать синдром «профессионального выгорания». Важно, что именно конфликты между врачом и пациентом в значительной мере способствуют профессиональному выгоранию медиков. Иначе говоря, профилактика и управление конфликтом — это одновременно и профилактика профессионального выгорания.

Можно выделить наиболее распространенные конфликтогены-триггеры со стороны как пациентов, так и врачей.

Со стороны пациентов провокаторами конфликта чаще всего являются высказывания, связанные с негативным предшествующим опытом и распространенными клише общественного мнения: «Вам, врачам, на пациентов всегда наплевать», «В бесплатной медицине о больном никто не думает», «Сейчас всерачи-то — коновалы», «Нарочно самые дорогие обследования (лекарства, операции и т.д.) назначаете, хотите заработать на наших болезнях», «Зачем только клятву Гиппократу давали?» и тому подобное. Врача обвиняют в корыстности, равнодушии и непрофессионализме. Зачастую эти конфликтогены к актуальной ситуации имеют более чем опосредованное отношение (общение происходит с совершенно другим врачом, которому «достаются» все прошлые обиды и претензии).

Конфликтогены врачей существенно отличаются, триггером конфликта гораздо чаще становится нежелание (или неумение?) пациента слышать вопросы врача, сообщать правдивую информацию или даже откровенно высказывать свое мнение: «Пожалуйста, отвечайте только на вопросы, не надо мне всякую ерунду рассказывать!», «Зачем Вы меня обманываете, Вы не соблюдали диету (не принимали лекарства, не контролировали сахар крови и т.д.)!», «Почему Вы мне сразу не сказали, что Вы категорически против исследования?». Отнюдь не на последнем месте в «арсенале» медиков особенности внешнего вида, поведения

человека, пришедшего на прием, нередко воспринимаемые врачом как проявление неуважения: «А можно было помыться перед приемом и белье чистое надеть?», «Зачем Вы надели утягивающее белье, я буду час ждать, пока Вы разделаетесь?», «Выражайтесь нормальным языком!».

Конфликтогены «второго уровня», относящиеся к стадии эскалации конфликта, уже менее различаются. «По закону жанра» цель этих высказываний — подчеркнуть ничтожность собеседника, унижить его достоинство, подчеркнуть свое превосходство и авторитет. В ход идут оскорбления, обценная лексика. Нередки случаи разрастания конфликта вширь с привлечением новых действующих лиц (персонала медицинской организации, родственников и друзей пациента, правоохранительных органов и так далее).

Важно понимать, что само возникновение, а тем более — эскалация конфликта «врач-пациент», является признанием и апогеем неудачи медицинского дискурса, источником недоверия ко всей системе здравоохранения, важнейшим фактором истощения эмоционально-личностной стрессоустойчивости врача. Бесконфликтное поведение — залог уменьшения нагрузки на систему здравоохранения и психологического комфорта врача.

Существуют методики управления конфликтом [3], к которым относится умение распознавать вербальные (и невербальные) конфликтогены, а также техники контроля и гашения конфликта. Важнейшим краеугольным камнем профилактики конфликтов является аксиома о безусловном приоритете сохранения человеческого достоинства всех участников медицинского дискурса.

Следует выбирать модели взаимодействия, наиболее подходящие к конкретному пациенту, помня о предпочтительности коллегиальной и контрактной моделей. По мнению А. В. Саверского, «концепция автономной воли больного заключается в том, что он имеет возможность выбора метода лечения на основе детального обсуждения с врачом всех альтернативных вариантов и определение оптимального» [4].

Врач должен быть готов к появлению в процессе общения конфликтогенных триггеров, понимать, что в значительном числе случаев эти высказывания не относятся к нему лично, испытывать эмпатию к страданиям пациента и проявлять по отношению к нему толерантность. Для усвоения и владения навыками бесконфликтного общения необходимы регулярные тренинги, когда врач в паре с инструктором «проигрывает» различные конфликтные ситуации, каждый раз убеждаясь, что в развивающемся конфликте победителей быть не может, а эмоциональные, временные и репутационные потери всегда несоизмеримо выше эфемерной победы. В особенности это касается «непреднамеренных конфликтогенов» или «конфликтов непонимания», умение абстрагироваться от которых делает работу врача и его психологическое состояние намного более защищенным и устойчивым. Иначе говоря, конфликтогены-триггеры нужно уметь распознавать и блокировать.

Исключительное значение имеет и умение врача нивелировать уже возникший конфликт. Из теории конфликтологии известно, что вариантов выхода из

конфликта несколько: непризнание (отрицание) конфликта, уступка (компромисс) и непримиримое противостояние «до победного конца» (конфронтация).

Следует, безусловно, отказаться от тактики использования возрастающих по интенсивности конфликтогенов, унижения достоинства собеседника, угроз, насмешек, а тем более применения бранной лексики. «Слово — не воробей, вылетит — не поймаешь», — гласит народная мудрость. «То, что начато в гневе, кончается в стыде», — слова Л. Н. Толстого.

Наиболее верной тактикой является сохранение эмоционального спокойствия, внешней и вербальной сдержанности. Если ситуация позволяет, следует признать оправданным или, по крайней мере, частично оправданным гнев и претензии пациента (человек измучен болезнью, его терзает не только физическая боль, но и страх и мучительная неопределенность), предложить пояснить свои претензии более подробно, дать возможность высказаться.

Другими не менее эффективными тактиками являются предоставление времени на обдумывание: «Давайте вернемся к этому вопросу завтра (через два дня, через неделю)», поиск компромисса «Какой вариант Вас больше устроит?» или апелляция к коллективному авторитету «Я полагаю, что Ваш случай очень непростой, будет разумно собрать консилиум».

Спокойствие врача, его доброжелательность и сочувствие являются самыми лучшими противоконфликтными средствами, а освоение врачом техник и психологии бесконфликтного поведения и управления конфликтом — важным профессиональным навыком в современной медицине.

Литература

1. Витч, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. — 1994. — № 3. — С. 67–72.
2. Мунин, А. Н. Деловое общение / А. Н. Мунин. — Текст: непосредственный. — Москва : Флинта, 2021. — 377 с.
3. Саверский, А. В. Права пациентов на бумаге и в жизни / А. В. Саверский. — Текст: непосредственный. — Москва : Эксмо, 2009. — 540 с.
4. Семенец, О. П. Типы лингвистических конфликтогенов и их роль в речевых и психологических конфликтах / О. П. Семенец. — Текст: непосредственный // Сибирский психологический форум. — 2021. — Т. 15, № 3. — С. 15–32.

УДК 614.253:81'42

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

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

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

О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

МЕДИАТОР-КОНФЛИКТОЛОГ: НЕДОСТАЮЩЕЕ ЗВЕНО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Взаимоотношения в дискурсивной системе «врач-пациент» являются одним из важнейших моментов в клинической практике врача. Однако в условиях современной психологической напряженности, медицинскому работнику бывает трудно самостоятельно разрешить возникшие проблемы, справиться с возникающими конфликтами. В этих ситуациях целесообразно привлечение медиатора-конфликтолога — специалиста, владеющего техникой переговоров и урегулирования конфликтов. Система посредничества, медиации является востребованной как в частной, так и государственной системе здравоохранения.

The relationship in the doctor-patient discursive system is one of the most important moments in the clinical practice of the doctor. However, in the current context of psychological tension, it may be impossible for a health care professional to resolve problems and conflicts on their own. In these situations, it is advisable to involve a conflict mediator — a specialist who knows negotiation and conflict resolution techniques. The system of mediation is in demand both in private and public health care system.

Ключевые слова: система «врач-пациент», конфликт, медиатор-конфликтолог.

Keywords: doctor-patient system, conflict, conflict mediator.

Конфликты в диалоговой системе «врач-пациент» обусловлены многими причинами и неизбежно ведут к снижению качества оказания медицинской помощи. В последние годы в системе здравоохранения наметились некоторые кризисные моменты и негативные тенденции, связанные с объективными причинами. С одной стороны, в период пандемии несколько повысился престиж медицинских работников, которые оказывают высококвалифицированную помощь в условиях повышенной инфекционной опасности и перегруженности. С другой — растет общественная напряженность, связанная с тревожностью населения и некоторыми искаженными фактами, которыми заполнено информационное пространство. Система здравоохранения сама по себе является постоянным предметом широкого общественного обсуждения и социального интереса, поэтому медицинским работникам очень важно быть в курсе текущих проблем.

Конфликты в лечебно-профилактических учреждениях приводят не только к значительному снижению качества медицинской помощи, но и являются причиной затяжных переговоров конфликтующих сторон, а нередко — судебных разбирательств. При этом следует отметить, что подобные ситуации развиваются вне зависимости от материально-технического обеспечения лечебных учреж-

дений и уровня оплаты труда медицинских работников. Одна из главных причин конфликтов в системе «врач-пациент» связана с недостаточным временем, отведенным на прием пациента. За 10–15 минут врачу очень трудно разобраться в ситуации, беспокоящей пациента, ответить на все его вопросы и успеть заполнить медицинскую документацию. Автоматизация системы здравоохранения, призванная «разгрузить» врача, нередко приводит к обратному эффекту и порождает конфликты, связанные с отсутствием визуального контакта врача и пациента, поверхностным осмотром и сбором анамнеза. Нагрузку на врача увеличило и сокращение ставок среднего медицинского персонала — надежных врачебных помощников.

Немаловажным фактом является то, что в условиях развитого интернет-пространства пациенту доступна литература по «медицине», иногда сомнительного качества. Не имеющий достаточных медицинских знаний человек может попасть в ловушку заблуждений и отказаться соблюдать назначения и рекомендации врача. Это наиболее опасно для людей с тяжелыми прогрессирующими, онкологическими заболеваниями, когда упускается время, и это резко ухудшает прогноз [3, с. 69]. С другой стороны, пациент может требовать от врача обследований и назначений, которые не предусмотрены протоколами и клиническими рекомендациями в соответствии с выставленным диагнозом. Пациент и его родственники рассматривают контакт с врачом только с позиции своих прав и нередко игнорируют свои обязанности выполнять рекомендованный план обследования и лечения. Не согласны они и, порой, выполнять правила внутреннего распорядка лечебно-поликлинического учреждения. Отношение к медицинскому персоналу исключительно как к услугодателю [1], приводит к частым конфликтным ситуациям, непониманию, нарушению этических норм, демонстративному поведению и угрозам. В этой ситуации требуется реорганизация системы работы врача, отработка алгоритмов поведения медицинского работника в конфликтной ситуации, юридическая защита медперсонала.

Следует иметь в виду, что в условиях хронической изнуряющей болезни меняются психолого-личностные установки человека, формируется так называемое «болевое поведение» [2]. Характерными чертами такой личности является склонность к манипулятивным действиям, стремление к излишней социальной защите, демонстративность, подозрительность и неудовлетворенность. Нередко такими пациентами применяются техники шантажа, угроз, могут предъявляться финансовые и другие претензии. Негативное отношение к медицинским работникам выливается в жалобах руководству лечебного учреждения и вышестоящие органы здравоохранения, отрицательных отзывах на соответствующих интернет-площадках. В таких ситуациях медицинский работник, не знакомый с поведенческой психологией, основами медицинской конфликтологии, ощущает беспомощность. Это чревато развитием негативного отношения к профессии, эмоционального выгорания, что усугубляет конфликты в системе «врач-пациент». Профессиональное выгорание врача может выражаться в утрате интереса к работе, формализме, снижении заинтересованности в конечном результате —

помощи больным людям. Естественно, это отражается на удовлетворенности пациентов и порождает новые конфликты. Порочный круг замыкается.

Некоторые специалисты считают, что выходом из этой сложной ситуации является обучение врача специальным коммуникативным техникам, определенным речевым установкам, которые необходимы в работе с конфликтными пациентами. Построение правильной диалоговой модели «врач-пациент» — действительно важная и действенная основа бесконфликтного общения в медицинской практике. Следует признать, что хороший врач — это, прежде всего, — хороший психолог, обладающий навыками визуальной диагностики личности и определения истинных мотивов обращения к врачу. И было бы прекрасно, если бы все врачи умели быстро и безошибочно на первом визите определять тип личности пациента («артист», «прагматик», «интеллектуал», «контролер» и другие), выстраивая соответствующую речевую концепцию, способствующую тесному терапевтическому союзу [2]. К сожалению, это мало применимо на практике. В ситуациях, когда взаимопонимания в диалоговой системе «врач-пациент» не удастся достигнуть, когда нарастает недовольство сторон, на помощь может прийти специалист медиатор-конфликтолог.

Сегодня в медицине, как никогда ранее, возрастает роль научных и практических дисциплин, которые ориентированы на разработку и использование специальных техник разрешения конфликтных ситуаций. Целью конфликтологии и медиации является точечный анализ спектра конфликтных ситуаций и разрешение ситуаций с минимальными издержками для сторон. Важно отметить, что в России в 2011 году была создана законодательная основа для процедуры медиации. В частности, действует Федеральный закон № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Согласно этому закону, «процедура медиации - способ урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения», в результате чего формируется медиативное соглашение. В медицине медиация может быть востребована как на уровне организаций, так и на персональном уровне.

Медиатор-конфликтолог, проведя первичную диагностику, может детально разобраться в истинных причинах возникшего конфликта, определить истинные мотивы и цели сторон, на основании чего будет построен план разрешения ситуации и выработаны действенные шаги к результату, которые удовлетворят обе конфликтующие стороны. Отличительной чертой этого специалиста является профессиональное владение технологией переговоров. Кроме того, важно отметить, что медиатор может распознать «назревающий» конфликт на ранней стадии и помочь предотвратить самые негативные последствия. Являясь, по сути дела, посредником, третьим, незаинтересованным лицом в конфликтах системы «врач-пациент», медиатор-конфликтолог ставит перед собой задачу защитить права как врача, так и пациента. При этом он должен учитывать возрастные, гендерные, национальные, когнитивные, культурно-образовательные и другие осо-

бенности пациентов, а также быть связующим звеном с руководством лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, в современном здравоохранении продуктивные взаимоотношения врача и пациента — залог слаженной эффективной работы амбулаторно-поликлинической и стационарной систем медицинского обслуживания. Формирование бесконфликтного общения с пациентами может проходить с привлечением специалиста медиатора-конфликтолога, который профессионально владеет технологией переговоров и урегулирования споров.

Литература

1. Назарова, И. Б. Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты / И. Б. Назарова // Социологические исследования. — 2004. — № 7. — С. 142–147.
2. Новикова, С. Г. Конфликтный больной на врачебном приеме. Как решить возникшие проблемы? / С. Г. Новикова // Хирургическая практика. — 2019. — № 1. — С. 48–57.
3. Хубулава, Г. Г. Философско-антропологический анализ коммуникации врача и пациента: дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.13 / Григорий Геннадьевич Хубулава ; С.-Петербург. гос. ун-т. — Санкт-Петербург, 2016. — 309 с.

УДК [378.147.88:616]:159.953.4

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

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

О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

МНЕМОТЕХНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

В статье представлены основные психотипы обучающихся по способу восприятия, запоминания, переработки информации и часто используемые преподавателем мнемотехнические приемы и методы для улучшения запоминания учебного материала, развития воображения, повышения мотивации к образовательному процессу у учащихся с различным психотипом получения информации и обработки знаний.

The article presents the main psychotypes of students according to the method of perception, memorization, processing of information and mnemonic techniques and methods often used by the teacher to improve the memorability of educational material.

Keywords: mnemonics, clinical disciplines.

Ключевые слова: мнемотехника, клинические дисциплины.

Мнемотехника — это система методов и приемов [1], которые обеспечивают запоминание, сохранение и воспроизведение информации. Известно, что у каждого учащегося есть свои способы восприятия и получения знаний, переработки полученной информации, при этом задействованы различные виды памяти, а именно, слуховая, зрительная, двигательная, моторная, вербальная, эмоционально-образная. Согласно такому подходу и определенному психотипу, все обучающиеся делятся на четыре группы (классификация сенсорной типологии): аудиалы, визуалы, кинестетики и дигиталы. Перед преподавателем в этом случае стоит задача, переработать учебный материал в слуховой, зрительный и кинестетический, провести ассоциативные и образные связи для того, чтобы учебный материал был не только усвоен, но и запомнился.

Благодаря зрительному анализатору и зрительному восприятию информации, визуалами учебный материал будет рассмотрен и обеспечит запоминание, если его представить в виде презентации. Привлекая слуховой анализатор и воспринимая информацию на слух, аудиалам учебный материал необходимо подать с проговариванием информации, а если во время занятия предложить самим учащимся сделать зарисовку материала или попросить его закодировать, то включится кинестетическое восприятие и запоминание у кинестетиков. У дигиталов (цифровой тип) восприятие зрительной, слуховой, кинетической информации перерабатывается анализаторами с помощью логики, логического мышления. У них преобладает рациональный подход к анализу окружающей реальности, дигиталы при необходимости могут контактировать с визуалами, аудиалами и кинестетиками, когда это им необходимо, при этом они контролируют свои эмо-

ции, все осмысливают логически и управляют своими предпочтениями, общаются только по делу, поступившую информацию они перерабатывают детально, могут принять стратегические решения и планы, при этом мыслить нестандартно. При общении с дигиталами на первое место необходимо всегда ставить четкие, логичные доводы и заключения. Существует мнение, что дигиталами не рождаются, ими становятся. Если в последующем при проведении практических занятий с обучающимися применить метод обратной связи, то легко можно определить, кто из обучающихся имеет определенный вид памяти или которая из них развита больше.

Мнемотехника в переводе с греческого языка означает искусство запоминания, на занятиях она выполняет всегда вспомогательную функцию и позволяет выделить учащихся для индивидуальной работы с информацией в виде рефератов, презентаций или оформления стендов и т.д. Кроме того, преподавательская деятельность претерпела в настоящее время много реформ и колоссальных изменений, от учительского «дресс-кода» (тип одежды, указка, книга подмышкой и другое) до инновационных методов обучения (электротехника, компьютеризация, программирование, дистанционное обучение и так далее). Образ преподавателя изменился и идет в ногу со временем, но вот цели, задачи, методы, методические приемы в преподавании остались, хотя также они модернизируются, модифицируются, приобретают другие формы, но их суть является той же, что и много лет назад.

Как все это применяется при обучении в медвузе? Студенты-медики учатся, чтобы получить конкретную специальность и стать в ней профессионалами. Полученный большой объем информации им необходимо переработать до понимания. Без преподавателя сделать это очень трудно и иногда просто невозможно. Задача преподавателя состоит в систематизации медицинской информации, ее зрительном, слуховом или кинестетическом представлении. Помогают ему в этом мнемотехнические приемы, креативность и создаваемый психоэмоциональный фон. В каждом представлении медицинского учебного материала, кроме систематизации, должна присутствовать логика, образность и практика (умение-навык), то есть обучение должно оказывать воздействие на все виды восприятия информации.

В настоящее время лекционный материал можно представить в любой форме: текстом, дискурсом, презентацией слайдов, фильмом, видео-лекцией и так далее. Никто не станет отрицать того, что лекции-презентации, видео-лекции лучше запоминаются и держатся в памяти дольше. Визуальное восприятие учебного материала при этом создает вместо абстракции уже визуальный образ, и он запоминается. Если такая лекция сопровождается дискурсом, то слуховое восприятие отмечает, на каких местах лекционного материала преподаватель делает акценты, меняет ритм речи и так далее, что делает также звуковой образ запоминаемым. Если на занятие принести инструменты, переносную аппаратуру и так далее, то у учащихся появляется возможность все потрогать, запомнить, как инструмент держать, как пользоваться аппаратурой, то есть сделать то, что по-

знается в движении и ощущениях. Однако при этом зрительное, слуховое или кинестетическое восприятие необходимо связать с сильными и яркими эмоциональными ощущениями, которые позволяет составить наглядность знания. Это означает, что на занятиях психоэмоциональный фон должен быть комфортным, что достигается, если преподаватель хочет научить практическим навыкам обучающихся, а они стремятся овладеть ими.

Мнемотехника помогает развивать ассоциативное мышление, зрительную и слуховую память, связную речь, воображение, она облегчает запоминание и увеличивает объем памяти. При этом используются многие приемы: лекции, чтение материала, аудиовизуальные материалы, наглядная демонстрация, обсуждения, практические занятия, обучение других. Учащиеся с преобладанием вербальной памяти (словесной, слуховой) при запоминании используют вербальные коды — рифмы, каламбуры, например, шерсть-шесть, осень-восемь и так далее. Другие мнемотехнические приемы осуществляют через группировку материала по смыслу, ассоциациям и так далее, выделение опорных пунктов, составление плана, классификации.

Одним из мнемотехнических приемов, применяемых на практических занятиях, является *создание образа*. Одним из этих приемов может быть *зарисовка* (быстрый рисунок, *скетч*) медицинской информации из учебника, анатомического атласа, описания задачи, топика органов и строения, структуры и морфологии и др., в настоящее время с этим заданием самостоятельно справляется, примерно, 10 % из числа обучающихся в группе. В процессе зарисовок необходимо заставить обращать внимание учащихся на главные признаки, отбирать нужную информацию, не увлекаться деталями. *Зарисовка* [2] является инструментом анализа и рефлексии, он фиксирует понимание информации, еще это способ представить мысль или идею на бумаге рисунком [2]. Созданный при этом образ запоминается быстрее всего, создаются ассоциации, концентрируется внимание, данный прием мнемотехники основан на визуализации запоминаемой информации. Для того, чтобы запомнить текст, можно каждое слово перевести в картинку в воображении, получить образ и детально рассмотреть его с помощью мыслительных действий и соединить между собой. В последующем через ключевые образы можно вспомнить весь запомнившийся материал. Также для улучшения запоминания [3] применяется метод *искусственных и естественных ассоциаций*, которые используются в повседневной жизни. Например, если нужно запомнить дату, то ее можно ассоциировать с каким-либо событием в жизни, при этом нелогичные ассоциации запоминаются лучше. Можно для лучшего запоминания применять метод *символизации* — запоминание посредством применения символов [3], например, работа на компьютере. Также применяется прием мнемотехники с применением *рифмизации*, например, утка-шутка, двадрова и так далее. Кроме того, лучшее запоминание материала обеспечивает мнемотехнический прием разбивки его на *группировку* по ассоциациям, по смыслу, а также выделение в нем *опорных пунктов*, то есть мнемотехнический прием *фиксации* небольшого фрагмента из текста. Используется также такой мнемотехни-

ческий прием, как *план* и *классификация*, то есть распределение предметов, явлений, понятий по группам, классам, общим признакам и так далее. Мнемоприемы позволяют экономить время на практических занятиях при повторении и систематизации пройденного учебного материала, особую пользу они приносят при подготовке к контрольным работам и тестированию. Может быть подготовлена числовая информация, применение чисел будет соответствовать образу, этот технический прием очень часто применяется при запоминании. Однако совершенно не обязательно вводить элемент мнемотехники в изучение всех разделов любого предмета. Ее применение необходимо на «провальных» моментах обучения, например, мнемотехническим приемом является проведение *тестирования*, которое основано на многократном повторении, и его можно применять для систематизации учебного материала, этот вид мнемотехнического приема известен каждому преподавателю и обучающемуся, так как используется с младших классов в школе, и затем при обучении в вузе, и в дальнейшем. Мнемонический материал помогает экономить время при повторении. Например, *кодирование* (список цифр-образов), тест 15 — дабигатран, тест 28 — дыхательная недостаточность 2 степени. Кроме того, в преподавании дисциплин используются методы Цицерона на пространственное воображение, метод Айвазовского на тренировке зрительной памяти, метод запоминания цифр и другое.

Таким образом, мнемотехнические методы и приемы можно использовать во время проведения практических занятий, все они способствуют улучшению запоминания учебного материала, развитию воображения, повышению мотивации к образовательному процессу у студентов, имеющих определенный психотип.

Литература

1. Осиянова, О. М. Дидактический потенциал мнемотехники в лингвистическом образовании студентов / О. М. Осиянова, В. Д. Демина // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2020. — Т. 26, № 3. — С. 44–50.
2. Саморока, Е. А. Применение метода «скетч» в работе с информацией / Е. А. Саморока // Петербургский образовательный вестник. — 2017. — № 2. — С. 43–45.
3. Хохлова, Л. П. Методы запоминания информации (мнемотехника) / Л. П. Хохлова // Санкт-Петербургский образовательный вестник. — 2017. — Т. 6, № 2. — С. 40–43.

УДК 378.147

О. В. Крюкова, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОГО ПОДХОДА В РЕАЛИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В статье рассматриваются варианты реализации компетентного подхода в медицинских вузах. Анализируется взаимосвязь и взаимозависимость теоретических знаний и практических навыков. Оцениваются понятия «компетенции» и «компетентность» в разрезе осуществления образовательного процесса в медицинских вузах. Предлагаются меры по реализации практических компетенций.

The article discusses options for implementing a competent approach in medical universities. The interrelation and interdependence of theoretical knowledge and practical skills is analyzed. The concepts of «competence» and «competence» are evaluated in the context of the implementation of the educational process in medical universities. Measures for the implementation of practical competencies are proposed.

Ключевые слова: компетенция, знания, умения, владение, профессионализм.

Key words: competence, knowledge, skills, proficiency, professionalism.

Актуальность реализации современного профессионального медицинского образования заключается в понимании «качества подготовки квалифицированного персонала соответствующей квалификации, который будет обладать конкурентоспособными преимуществами на рынке труда, компетентен, ответственен, ориентирован в смежных областях деятельности, способен к осуществлению эффективной работе» [1].

Основная цель подготовки студентов медицинских вузов — это не только создание носителя знаний, способного воспринимать и анализировать их, но и формирование его как личности, которая позволит преобразовывать полученную информацию в знания и применять их практической деятельности. На данный момент времени в образовании существует проблема неспособности применения теоретических знаний на практике при работе с пациентами. Для решения данной проблемы целесообразно использовать проведение различных видов практики в больничных учреждениях для закрепления теоретических знаний как в области клинических, так и гуманитарных дисциплин.

Данное сочетание знаний теории и практики позволяет реализовать взаимосвязь и взаимозависимость «знание» ↔ «умения» ↔ «владение» при реализации универсальных и профессиональных компетенций [2].

Термин «компетенция» (в переводе с латинского — соответствие, соразмерность) предусматривает два значения:

- во-первых, перечень работ, которые осуществляют организации или лица;
- о-вторых, наличие профессиональных навыков.

Компетентность предусматривает наличие определенного уровня образования, наличие способности осуществлять определенные действия в ситуации стресса, что является повседневным состоянием специалиста — врача.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что при анализе профессионального роста (как основа образовательного результата), можно выделить следующие характеристики:

- сфера профессиональной деятельности;
- степень неопределённости ситуации;
- оценка вариантов принятия решения;
- обоснование выбранного решения (эмпирическое, теоретическое, аксиологическое).

От уровня образованности и полученных знаний человека зависит его сфера деятельности. Повышается степень неопределённости ситуаций, в которых он способен действовать самостоятельно при принятии тактических и стратегических решений. Появляется широкий спектр способов его деятельности при реализации его профессиональных навыков. При этом наличие способности студента воспроизвести в учебной ситуации большой объём сложного по своему содержанию материала недопустимо рассматривать как признак высокого уровня его образованности.

Важно отметить, что компетентностное определение базовых навыков — это личностные и межличностные качества, способности, навыки, знания, которые выражаются посредством различных форм и ситуаций в процессе работы, в том числе в повседневной жизни. Имеются отличия в синонимически используемых понятиях «компетенция» и «компетентность».

Компетенция — это совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых качеств личности (знаний, умений, навыков, сферой деятельности), которые должны оцениваться как с точки зрения наличия теоретических знаний, так и практической реализации информационной базы.

Компетентность — это владение, посредством обладания человеком определенной компетенцией, которая включает его личностное отношение предмету деятельности. Следует отметить, что понятие «компетенция» предусматривает определенное требование к образовательной подготовке студента, а компетентность — это его личностные характеристики и минимальный практический опыт по отношению к деятельности в профессиональной сфере [4].

Компетентностный подход основан на умении решать или предлагать варианты решения текущих проблем, при наличии определенной научной и практической базы. Компетентность включает в себя:

- когнитивность;
- технологию;
- мотивацию;
- этику;
- знания и умения;
- система ценностных ориентаций [3].

Ключевые компетентности имеют определенные признаки, а именно:

- многофункциональность;
- многомерность
- «ноу-хау»;
- здравый смысл.

Ключевые компетентности требуют значительного интеллектуального развития, в том числе:

- абстрактного мышления;
- саморефлексии;
- определения своей собственной позиции,
- самооценки;
- критического мышления [3].

Исходя из теоретических исследований, можно сделать вывод, что компетентность не тождественна «прохождению курса», а связана с получением дополнительного профессионального опыта специалистом, развитием творческого потенциала и его реализации в профессиональной деятельности. В профессиональной медицинской школе ориентированной на компетентный подход, зародились такие специфические методы подготовки специалистов, как:

- клинические ситуационные задачи;
- симуляционный курс;
- интеграция учебной и исследовательской работы студентов.

В настоящее время в профессиональном медицинском образовании проводят систематизацию наличия базовых понятий компетентностного подхода. Компетентность — это обладание определенной базой знания, умения, которая позволит реализовать профессиональные полномочия врачей. Уровень компетентности предусматривает итог образовательного процесса для отдельного индивидуума или, другими словами, компетентность — это профессиональный эффект освоения компетенции.

Для обеспечения профессионального медицинского образования имеют огромное значение такие понятия, как:

- профессиональная квалификация;
- общепрофессиональные знания, умения и навыки;
- профессиональная компетентность.

Профессиональные компетенции являются базой реализации социально-профессиональной мобильности специалистов, что позволяет им эффективно адаптироваться в различных социальных и профессиональных объединениях.

В настоящее время в медицине происходит модернизация, которая затрагивает, как и характер, так и содержание профессиональной деятельности врача. Данная деятельность выходит за пределы традиционных профессиональных задач, в том числе: сохранения жизни пациента и не утраты им трудоспособности. Актуальными вопросами становится обеспечение качества жизни пациентов. На первый план выходит проблема удовлетворения населением качеством ока-

зания медицинской помощи. Анализ проведенных исследований показывает, что удовлетворенность медицинскими услугами определяется не столько проведением медицинских (лечебных, диагностических, реабилитационных) процедур, сколько соответствие психологическим потребностям и субъективным ожиданиям пациентов. Данная проблема подлежит реализации через введение в модули базовых и профессиональных дисциплин, компетенций, которые позволяют овладевать навыками межличностного общения, отсутствие которых не позволяют повышать качество жизни пациентов.

Профессиональная компетентность врача формируется на основании базисных медицинских навыков, научного знания и морально-этического развития конкретного специалиста. основополагающими элементами профессиональной компетентности являются способность получать и использовать знания в своей области медицины, интегрировать их с помощью клинического мышления, реализовывать в процессе коммуникации с пациентами и коллегами, руководствуясь этическими принципами. Выработка коммуникативных навыков и развитие клинического мышления являются важнейшими самостоятельными задачами профессионального образования, что соответствует отражению компетентностно-модульного подхода в образовательном процессе в медицинских вузах.

Реализация компетентностного подхода осуществляется посредством практической реализации базовых знаний в медицинских учреждениях. При этом необходимо наличие обязательного сочетания теоретических знаний и практических навыков, через призму проведения различных видов практик, предусмотренных в учебном плане каждого направления в медицинских вузах.

Литература

1. Намазова-Баранова, Л. С. Компетентностно-модульный подход как основа организации учебного процесса в системе высшего медицинского образования / Л. С. Намазова-Баранова, Т. В. Казюкова, Т. Е. Привалова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. — № 4–1. — С. 228–232. — URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=8877> (дата обращения: 10.03.2022).
2. Скаткин, М. Н. Методология и методика педагогических исследований / М. Н. Скаткин. — Москва : Педагогика, 1986. — 234 с.
3. Эльконин, Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. — Москва : Педагогика, 1987. — 304 с.
4. Хуторской, А. В. Компетентностный подход в обучении / А. В. Хуторской. — Москва : Издательство «Эйдос» ; Издательство Института образования человека. — 2013. — 73 с.

УДК 378.1

И. Ю. Курицына, ст. преподаватель

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ФОРМИРОВАНИЕ ДИСКУРСИВНЫХ НАВЫКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Обучение латинскому языку в медицинском вузе направлено на подготовку грамотного специалиста, способного к профессиональному общению в рамках медицинского сообщества. Освоение медицинской терминологии рассматривается как возможность приобретения системных знаний, усвоения материала на предметно-ориентированном уровне, что ведет к формированию дискурсивных навыков у обучающихся.

Teaching Latin in a medical school is aimed at preparing a competent specialist capable of professional communication within the medical community. The study of medical terminology is considered in the article as an opportunity to acquire systemic knowledge and master the material at a subject-oriented level in order to form students' discourse skills.

Ключевые слова: латинский язык, медицинская терминология, дискурсивные навыки, профессиональный лексикон.

Key words: the Latin language, medical terminology, discourse skills, professional lexicon.

Дисциплина «Латинский язык» является неотъемлемой частью базового медицинского образования. Данный предмет закладывает основы профориентированного терминологического лексикона врача по трем подразделам медицинской терминологии: анатомической, клинической и фармацевтической номенклатур. Следует отметить, что изучение латинского языка в медицинском вузе является не самоцелью, а средством овладения профессией.

Особенности медицинских терминов как специфических единиц языка предопределены сферой их использования — определенной областью медицины со своим предметным (узкоспециализированным) полем. Медицинский термин мы рассматриваем как языковой знак в специальной функции носителя информации о системе научных знаний и практического применения с целью диагностики, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья людей, продления жизни. Особенностью медицинских терминов является то, что они создаются не для конкретного случая, а для постоянного функционирования в профессиональном сообществе. В клинической практике врач употребляет до 70 % терминов греко-латинского происхождения.

В целом, латинский язык вызывает у студента-медика профессиональный и общекультурный интерес. Обучающиеся осваивают знания-умения, необходимые для номинации специальных медицинских понятий латинскими терминами, для дальнейшего использования в различных областях медико-биологической и клинической направленности. Первокурсник, изучающий латинский язык, чувствует свою причастность с будущей профессией, что создает мотивацию и задает направления при изучении медицинской лексики [3].

Освоение медицинской терминологии по дисциплине «Латинский язык» построено по модульной системе для поэтапного усвоения обучающимися норм и правил латинского, а затем и древнегреческого языков. Последовательность основных разделов модулей определялась следующими факторами:

- базовым языком конкретной подсистемы (для анатомо-гистологической и фармацевтической номенклатур — латинский язык; для клинической — греческий);
- доминирующим грамматическим и терминологическим материалом (латинский язык — морфология, синтаксис; основосложение, словообразование и семантика на базе клинической терминологии);
- актуальным подбором лингводидактических приемов в обучении.

Такое построение позволяет соблюдать принцип параллельности изучения профильных дисциплин (анатомия, гистология, химия) с отдельными учебными модулями и подразделами медицинской терминологии. Это дает возможность приобретения системных знаний, усвоения материала на другом, предметно-ориентированном уровне, что, в свою очередь, ведет к становлению профессиональной языковой личности.

Основы коммуникативных навыков закладываются с освоения норм корректного произнесения используемой в медицине лексики и построения синтаксических конструкций в виде многословных анатомических терминов-словосочетаний. Данный лексический материал интегрирован в дисциплины «Анатомия» и «Гистология», что позволяет применять и закреплять приобретенные знания на практике. Для каждого случая реализации термина в учебном процессе (даже минимального, простейшего) характерны свои неповторимые, уникальные условия, тогда как результаты обучения вполне обоснованно поддаются обобщению, статистической обработке и ранжированию [2].

Модуль по клинической терминологии полностью погружает студента в языковую специфику будущей профессии и дает возможность осмысленно оперировать профессиональными терминами, что развивает и пополняет его профессиональный тезаурус. Основной структурно-семантической единицей подраздела является терминологический элемент, базирующийся на древнегреческом языке. При освоении данного раздела применяется сравнительно-сопоставительный анализ изучаемых терминологических элементов с латинскими дублетами, обозначающими анатомические образования. Это ведет к активному усвоению медицинской лексики сразу по двум подсистемам, анатомической и клинической, что способствует становлению профессиональных коммуникативных навыков.

Фармацевтическая терминология направлена на изучение групп лекарственных средств и знание частотных отрезков международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных веществ, орфографически корректное написание в рецептах. Цель — выработать у студентов навыки выделения «общих основ» и частотных отрезков в структуре МНН и их синонимов, отражающих основную фармакологическую принадлежность, химический состав, терапевти-

ческий эффект и другую важную информацию о свойствах лекарственного средства, выработать навыки установления соответствия между МНН и торговым названием лекарственного средства посредством их условной латинизации. Дискурсивные навыки письменной речи формируются на базе фармацевтической терминологии, по разделу рецепт и его структура. В основе лежит принцип понимания различных видов текстов (рецептов) при чтении и написании.

Таким образом, изучение латинского языка в медицинском вузе направлено на подготовку терминологически грамотного специалиста, способного к профессиональному общению в рамках медицинского сообщества. Активное усвоение медицинских терминов складывается из овладения основами грамматики и принципами словообразования, знаниями семантики латинских и греческих словообразовательных элементов. Совокупность приобретаемых знаний в сочетании с практическими умениями позволяет обучающемуся логично и связно организовывать собственное высказывание в соответствии с грамматическим и фонетическим строем латинского языка, собственным тезаурусом, что способствует развитию дискурсивных навыков.

Латинский язык является стартовой площадкой для формирования и успешного развития профессиональной коммуникации будущего врача. Процесс обучения и подготовки направлен на практическое применение медицинской терминологии в лексиконе специалиста. Умение интегрировать лексику подязыка медицины в общенациональный язык для достижения цели коммуникации — основное направление для овладения латинским языком в медицинском вузе.

Литература

1. Авксентьева, А. Г. Латинский язык и основы медицинской терминологии / А. Г. Авксентьева. — Минск : ООО «Новое знание», 2000. — 262 с.
2. Горбунова, М. В. К вопросу о факторах формирования дискурсивных умений учителя / М. В. Горбунова. — Электронный ресурс. — URL: <http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/1505/1/povr-2013-02-31.pdf> (дата обращения: 10.04.2022).
3. Курицына, И. Ю. Формирование языковой личности студента-медика / И. Ю. Курицына // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 9-й междунар. науч.-практ.конф. — Тверь : Ред.-изд. центр ТГМУ, 2021. — С. 201–207.
4. Развитие дискурсивных компетенций у учащихся. — Электронный ресурс. — URL: <https://nsportal.ru/shkola/inostrannye-yazyki/library/2012/08/17/razvitie-diskursivnykh-kompetentsiy-u-uchashchikhsya> (дата обращения: 10.04.2022).

УДК. 81.11

С. И. Маджаева д-р филол. наук, профессор

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Астрахань, Россия

ТЕРМИН *КОВИД-19* В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

Статья посвящена функционированию терминов в языке пандемии ковид-19. Особенностью медицинского дискурса является актуализация медицинских терминов в процессе общения врача с пациентом. Материалом исследования послужили скрипты бесед врача с пациентом. Выявлено, что анализируемые единицы имеют четкую медицинскую направленность, а врач старается изложить свои мысли логично и научно. Автор приходит к выводу, что термин *ковид* в медицинском дискурсе динамичен. Данное понятие создает определенный образ в сознании людей, формирует определенный тип мышления, и, как следствие, форму и способ вербализации.

The article is devoted to the functioning of terms in the language of the covid-19 pandemic. The peculiarity of medical discourse is the actualization of medical terms in the process of communication between a doctor and a patient. The research material were the scripts of doctor-patient conversations. It was revealed that the analyzed units have a clear medical orientation, and the doctor tries to express his thoughts logically and scientifically. The author comes to the conclusion that the term *covid* is dynamic in medical discourse. This concept creates a certain image in people's minds, forms a certain type of thinking and as a result the form and method of verbalization.

Ключевые слова: ковид-19, медицинский термин, медицинский/пандемийный дискурс.

Keywords: covid-19, medical term, medical/pandemic discourse.

Как известно, проблемы медицинской терминологии и медицинского дискурса неоднократно привлекали внимание многих исследователей. Их изучали Л. И. Авербух, Л. М. Алексеева, Е. В. Бекишева, С. М. Величкова, Л. В. Дубровина, С. Г. Казарина, Т. В. Куркина, Т. В. Лукоянова, С. И. Маджаева, С. Л. Мишланова, В. Ф. Новодранова и другие. Интерес к проблемам медицинского дискурса закономерен. Это обусловлено тем, что при его изучении выявляются особенности структуры, семантики, функционирования терминов, отражающих специфику мыслительной деятельности человека.

Являясь высокоинформативной единицей медицинского дискурса, результатом мыслительной деятельности человека, медицинский термин репрезентирует развитие языка медицины и самой науки.

Определяя медицинский дискурс как вербализованную речемыслительную деятельность врача [5, с. 148], мы основываемся на дефиниции дискурса, предложенном Е. С. Кубряковой. Считаем, что медицинский дискурс является отражением психологической и профессиональной характеристики специалиста-медика и находит свое отражение в его лексической составляющей. В процессе речемыслительной деятельности врач актуализирует общеупотребительную, общемедицинскую

лексику, а также специальную медицинскую терминологию, базирующуюся на профессиональных знаниях и умениях в конкретной области медицины [5, с. 148]. Это является особенностью научной речи, научной коммуникации.

На современном этапе развития науки все операции с информацией, знанием и даже операции с материальными объектами, сопровождаемые внутренней речью или объективированные во внешней речи, осуществляются с привлечением уже имеющихся языковых средств. Нельзя не согласиться с суждением Т. В. Дроздовой, что такие языковые знаки, используемые в их прямых или переносных значениях, обеспечивают вторичную категоризацию и концептуализацию мира с позиций определенной науки, ментальную и языковую интерпретацию полученной информации или имеющегося знания, представленного как мнение [3, с. 64].

Материалом исследования послужили существительные, глаголы и прилагательные, отобранные в ходе эксперимента при посещении поликлиник г. Астрахани и Астраханской области. Как говорит Е. Ю. Гагарина, врач обладает коммуникативной компетенцией, которая представляет собой сложное образование. Врач владеет и успешно использует языковую, дискурсивную, профессиональную компетенции, которые проявляются в грамотной речи, умении проявлять индивидуальный подход, точное использование специальной лексики [2, с. 48]. В беседе с пациентом врач использует медицинскую терминологию. Исследовав 54 скрипта бесед врач-пациент, мы выделили 390 специальных лексем, использованных специалистом-медиком в процессе коммуникации с больным.

Языковой материал был подвергнут тщательному и точному анализу, основанному на определенных принципах. Анализируемые единицы имеют четкую медицинскую направленность и предназначены в первую очередь для коллег и коммуникантов. Врач старается изложить свои мысли логично и научно. Синтаксис научного изложения характеризуется наличием большого числа сложносочиненных предложений. Целью врача в коммуникации является оказание профилактической и терапевтической помощи, убеждению пациента в излечении.

В процессе изучения было выделено — 238 существительных, 132 прилагательных, 30 глаголов.

При помощи специальных единиц специалист-медик номинировал:

- болезни: *ковид, аритмия, гипертония, бронхит, плеврит, сахарный диабет, астма, стенокардия* и др. Среди названий заболеваний фигурируют заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной и дыхательной;
- симптомы: *учащенное сердцебиение, кашель, температура, повышенный сахар, высокое давление, боль за грудиной, в сердце, головная боль, тромбоэмболия и другие;*
- лечение: *медикаментозное, экспериментальное, физиотерапия* — название лекарственных средств, физиотерапии, капельницы, инъекции и другое;
- обследование — *электрокардиография (ЭКГ), забор крови, мочи, аускультация, рентгенография, компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), флюорография* и другое.

Каждое из этих понятий имеет свое когнитивно-дискурсивное пространство. Приведем пример. Самый понятный, с одной стороны, термин *ковид*. С другой стороны, врачи не знают, как его лечить и что можно ожидать от этого заболевания. С лингвистической точки зрения, данный термин оброс большим количеством лексем, характеризующих его. Язык пандемии стал изучаться лингвистами, которые назвали процесс появления новых слов *языковым карнавалом*, *лингвистическим пиром во время «чумы XXI века»*, *словообразовательной/языковой/карнавальной стихией*. И. как следствие, появился пандемийный дискурс, подвид медицинского.

Скрипты бесед позволили выделить слова, находящиеся в его когнитивно-дискурсивном пространстве. Выделены ядро и периферия данного пространства. К ядру относим медицинские термины — *ковид*, *инфекционное заболевание*, *кашель*, *высокая температура*, *тромб*, *вакцина*, *вакцинация*, *ИВЛ*, *пульсоксиметр*, *маски*, *коронавирус*, *плато*, *санитайзер*, *антисептик* и др. К периферии — *удаленка*, *зум*, *маскобесие* и другие.

Безусловно, рекуррентность данной лексической единицы заключается и в ее высокой частотности [6, с. 161]. В 54 скриптах бесед врача с пациентом данный термин был озвучен 142 раза. Функционирование данного слова было связано с причиной появления заболевания, его лечением и предупреждением. Исследование скриптов выявило наличие синонимов: лечение = терапия, профилактика = предупреждение, ковид = ковид-19 = инфекционное заболевание.

Анализ скриптов и текстов СМИ позволил заключить, что термин *ковид-19* динамичен. Безусловно, данное слово, как необычный прецедент, создает определенный образ в сознании людей, формирует определенный тип мышления и, как следствие, форму, и способ вербализации. Образование новых слов в пространстве языка ковида свидетельствует о том, что человек хочет осмыслить, понять заболевание, научиться жить в новых реалиях, побороть страх, придумывая различные номинации инфекционному заболеванию — *ковид-19* [6, с. 161]. Анализ бесед врача с пациентом показал, что данное понятие осмысливается по-разному. Один пациент тяжело перенес заболевание, другой — легко, у третьего появились осложнения, четвертый потерял родственника. Но каждый пациент отождествляет данное понятие как *угроза здоровью*, *смерть*. Оно вызывает ужас и страх перед болезнью. Неосведомленность о заболевании, его быстрая мутация повлияли и на появлении новых слов, связанных с коронавирусной инфекцией — *удаленка*, *самоизляция*, *голоносики*, *карантинки*, *маскобесие* и др.

Анализ пандемийного дискурса показал, что данное заболевание проявляется и в активизации его деривационного потенциала. Словообразовательный способ — наиболее продуктивный. С корнем *ковид* образованы несколько лексико-семантических групп:

- медицинские учреждения: *ковид-госпиталь*, *ковид-пациент*, *ковид-больница*, *ковид-отделение*, *ковид-больной* и другое;
- лица, по отношению к заболеванию: *ковид-диссидент*, *антиваксер* и другое;
- лица, имеющие заболевание: *ковид-положительный*, *ковид-позитивный*, *ковид-инфицированный*, *ковид-отрицательный*, *ковидный больной* и другое;

- слова, передающие информацию в целом: *ковид-пандемия, ковид-ситуация, ковид-вахта и другое;*

Иллюстрация вышеназванных примеров пандемийного дискурса показала функционирование новых слов, репрезентирующих новое заболевание, отражающих мыслительные процессы человека, его стремление к самовыражению, самореализации. Это свидетельствует о глобальном и беспрецедентном языковом явлении [6, с.166]. Появление новых лексем в дискурсивной сфере КОВИД-19 подтверждает мнение Б. М. Гаспарова о существовании двух стратегий обращения с языковым материалом: репродуктивной и операционной. Ученый считает, что операционная стратегия, находящаяся на заднем плане языковой деятельности, всегда готова выступить на передний план, актуализироваться и вступить в действие [1, с. 61], что и случилось с термином *ковид* в медицинском дискурсе.

Итак, изучение медицинского дискурса весьма важно и для терминологии. Работы в этой области лингвистики свидетельствуют о том, что в зависимости от коммуникативной направленности и потребностей общества/индивида на базе уже имеющихся в языке терминов создаются новые единицы номинации, отражающие развитие науки и мышление человека. Для декодирования смысла вновь образованных единиц нужны знания, так как термины передают информацию не только о способах лечения и предупреждения заболеваний, но и об изменениях в терминологической картине мира.

Литература

1. Гаспаров, Б. М. Язык, память, образ. Лингвистика языкового существования / Б. М. Гаспаров. — Москва : Новое литературное обозрение, 1996. — 352 с.
2. Гагарина, Е. Ю. Коммуникативная компетенция врача в социальной сети / Е. Ю. Гагарина // Лингвистика и образование. — 2021. — Т. 1, № 4 (4). — С. 48–53. — ISSN 2712-9519.
3. Дроздова, Т. В. О некоторых семантических классах глаголов в научном дискурсе: репрезентация материальных и ментальных действий / Т. В. Дроздова // Термины в коммуникативном пространстве: материалы научно-практической конференции с международным участием «Дискурсология, терминология, экология языка в современной лингвистике» (11 мая 2018) / отв. ред. С. И. Маджаева. — Астрахань : Изд-во Астраханского ГМУ, 2018. — С. 63–71. — ISBN 978-5-4424-02979-7.
4. Кубрякова, Е. С. Основы морфологического анализа: на материале германских языков / Е. С. Кубрякова. — 2-е изд. — Москва : ЛКИ, 2008. — С. 8.
5. Маджаева, С. И. Медицинские терминосистемы: становление, развитие, функционирование (на материале предметных областей медицины сахарный диабет и СПИД) / С. И. Маджаева. — Астрахань : АГМА, 2012. — 277 с. — ISBN 978-5-4424-0025-0.
6. Маджаева, С. И. Особенности тематических групп COVID-19 / С. И. Маджаева // Теория языка и межкультурной коммуникации. — 2021. — № 3(42). — С. 158–166.

УДК 378.147

А. Ю. Соколова, д-р филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ: ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ КУРСЫ

С целью повышения качества образования в высшей школе методы обучения постоянно совершенствуются. Внедряются новые современные технологии обучения, основанные на использовании Интернета. Для того чтобы электронное обучение было эффективным, необходимо следовать основным принципам, которые описывают иерархию компонентов обучающего курса, этапы приобретения знаний и навыков, мотивацию.

In order to improve the quality of higher education, teaching methods are constantly being improved. New modern learning technologies based on the use of the Internet are being introduced. In order for e-learning to be effective, it is necessary to follow the basic principles that describe the hierarchy of the components of the training course, the stages of acquiring knowledge and skills, and motivation.

Ключевые слова: курс в **режиме** онлайн; принципы обучающего курса; структурированные знания; контроль и руководство; мотивация обучающихся.

Key words: online course; principles of the training course; structured knowledge; control and leadership; motivation of students.

Новые современные методы обучения, основанные на использовании Интернета, постепенно становятся неотъемлемой частью высшего образования. Однако зачастую целью обучения становится само использование информационных технологий по ряду причин, например, связанных с переходом на дистанционное обучение, а не получение знаний и навыков с помощью этих технологий. Причина этого кроется в непонимании преподавателем того, что должен представлять собой электронный обучающий курс (ЭК).

Прежде всего, необходимо разделять понятия электронный обучающий курс (программу) и курс в **режиме** онлайн. Последний представляет собой полный аналог очного обучения, но в электронном виде (на основе определенной обучающей платформы). Он может включать в себя лекции, упражнения, задачи, тестовые задания — то есть все то, с чем обучающиеся сталкиваются и при очном обучении. Чаще всего в настоящее время курс в **режиме** онлайн представляет собой простой традиционный учебник. Преподаватели создают электронные версии отпечатанных методических разработок, статей, глав из учебных пособий. Студенты лишь пассивно читают текст с экрана, перелистывая страницы с помощью мышки, а затем выполняют задания (часто в письменном виде: от руки на бумажном носителе, который затем фотографируют и размещают на платформе или в программе MS Word). Сами материалы курса, весьма ценные и полезные, подвергаясь подобному преобразованию в документы онлайн, отнюдь не являются электронными обучающими программами, которые в значительной

степени отличаются от курса в **режиме** онлайн, представляя собой цельный самодостаточный комплекс электронных ресурсов, направленный на приобретение знаний и навыков, их усвоение, отработку и контроль без непосредственного участия преподавателя.

Электронный обучающий курс состоит из множества мультимедийных компонентов, использование которых должно быть аргументировано и предопределено целями курса. Обучающий курс должен соответствовать принципам, предложенным Дэвидом Мерриллом: структурированные знания, адекватная отработка материала, соответствующее руководство [1]. Представляется необходимым пояснить каждый компонент и выстроить иерархию данных концептов. Структурированные знания — это учебный материал, который должен освоить обучающийся. Этот материал должен быть тщательно отобран и переработан преподавателем с учетом, во-первых, конкретных целей обучения и методов преподавания, а во-вторых, особенностей электронной (мультимедийной) среды, в которой курс будет существовать. Сам материал в виде структурированных знаний представляет лишь верхушку айсберга, принимаемую многими за основной компонент электронного курса (рис. 1).

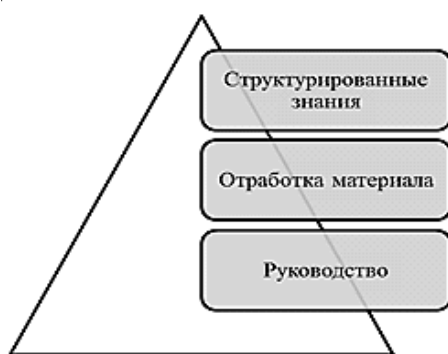


Рис. 1. Компоненты электронного курса

При отборе и структурировании учебного материала для наполнения электронного курса рекомендуется использовать один из активных методов обучения — поисковый (проблемный), заключающийся в том, что изложение учебного материала преподносится как проблема, требующая от обучаемых самостоятельного разрешения или «открытия». Именно поисковый метод обеспечивает вовлечение учащихся в процесс самостоятельного приобретения знаний, сбора и исследования информации, что особенно важно при электронном обучении.

Недостаточно просто разместить учебный материал. Необходимо обеспечить средства его усвоения (отработки). Любой материал, представленный обучающемуся, должен быть использован им в процессе выполнения различных заданий и усвоен. Наиболее эффективным образом отработка и усвоение полученных знаний и навыков осуществляется в рамках практико-ориентированного проблемного подхода. Именно он позволяет провести связь между уже имеющимся опытом обучающегося и полученными знаниями, вписать новую информацию в прежнюю картину мира. Наполняя электронный курс заданиями на

отработку материала, преподаватель должен всегда иметь в виду, что каждое задание, представленное в виде проблемы, должно заинтересовать обучающегося; преподаватель должен показать связь проблемы с повседневной жизнью, найти такую формулировку проблемного вопроса, чтобы обучающийся захотел найти ответ на него. Задания должны быть связаны с повседневной жизнью обучающихся, должны наглядно демонстрировать то, как полученные навыки в процессе обучения помогут решить этот проблемный вопрос. Задания должны носить не только дидактический характер, но и указывать на достоверность описываемой ситуации и доступность ее разрешения средствами профессионального курса.

Как показывает практика, знакомый и лично значимый материал обучающиеся обычно воспринимают как легко усваиваемый (рис. 2).

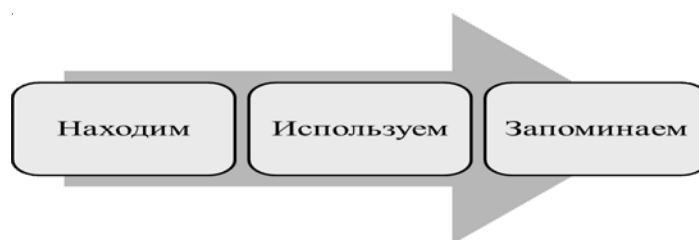


Рис. 2. Этапы приобретения знаний и навыков

Степень усвоения (запоминания) в свою очередь должна быть проконтролирована. При этом особое внимание необходимо уделять контролю и руководству. Именно грамотное руководство преподавателя является базовой составляющей электронного курса. Оно должно быть эффективным (полезным), действенным (хорошо проработанным) и мотивирующим ($E^3 = \text{Effective, Efficient, and Engaging}$).

Еще один значимый компонент электронного курса — мотивация. Мотивация обучающихся в электронном обучении играет весьма значительную роль, так как электронное обучение предполагает существенный удельный вес самостоятельной работы, которая не будет эффективной при отсутствии значимой мотивации. К разработке обучающей программы вполне применима модель мотивации Джона Келлера [2] (рис. 3).

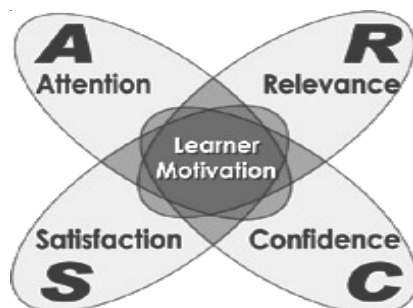


Рис. 3. Модель мотивации к обучению Дж. Келлера:
 А — Attention «внимание», R — Relevance «значимость»
 С — Confidence «уверенность», S — Satisfaction «удовлетворение»

Необходимо завоевать и поддержать внимание обучаемого. Для этого Джон Келлер предлагает использовать сенсорные стимулы, побуждения к размышлению, вариативность упражнений и использования мультимедии. Однако не стоит впадать в другую крайность — максимальное насыщение курса мультимедийными компонентами — графикой, музыкой, видео, анимацией. Подобные программы привлекают учащихся, но практически не ведут к усвоению материала.

Обучаемый должен четко видеть и понимать значимость и практическую ценность получаемых знаний. Он должен быть уверен в том, что освоит материал, у него хватит на это времени и способностей (в обучающей программе необходимо четко определять время на прохождение материала и предлагать различные способы контроля за усвоением материала в процессе обучения). И, наконец, обучающий должен получить вознаграждение или моральное удовлетворение по окончании курса. Это может быть проходной балл в итоговом тесте, похвала и положительная оценка преподавателя, или, что самое лучшее, востребованность полученных знаний и навыков, которую сам обучающийся должен увидеть.

Таким образом, разрабатывая электронный курс, преподаватель должен внимательно относиться к каждому элементу этой сложной многокомпонентной системы. Только должным образом разработанный и наполненный ЭК будет эффективным.

Литература

1. Merrill, M. D. Reflections on a Four-Decade Search for Effective, Efficient, and Engaging Instruction / M. D. Merrill // Michael Allen's 2008 e-Learning Annual / ed. by M. W. Allen. — John Wiley & Sons, Inc., 2008. — Vol. 1. — P. 141–167.
2. Keller, J. M. Development and use of the ARCS model of motivational design / J. M. Keller // Journal of Instructional Development. — Springer, 1987. — №10(3). — P. 1–20.

УДК 81.25-81.42-81.24

Т. А. Ткачева, канд. филол. наук, доцент

Н. В. Ткачева, канд. мед. наук, ассистент

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА С РОДИТЕЛЯМИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

В данной статье рассматриваются особенности речевого поведения невролога с пациентами — родителями или представителями ребенка раннего возраста для достижения комплаенса. Авторы выявляют несколько типов поведения матери на приеме у врача. Умение врача-невролога выбирать речевую тактику в зависимости от поведенческого типа матери обуславливает эффективность разъяснения неврологического заболевания и предписанного лечения.

The article is devoted to the peculiarities of the speech behavior of a neurologist with patients - parents or representatives of a young child in order to achieve compliance. The authors identify several types of mother's behavior at a doctor's appointment. The ability of a neurologist to choose speech tactics depending on the behavioral type of the mother determines the effectiveness of explaining a neurological disease and prescribed treatment.

Ключевые слова: коммуникация врача и матери ребенка, комплаенс, имиджевая тактика, эмоциональное воздействие.

Key words: communication between the doctor and the mother of the child, compliance, image tactics, emotional impact.

Согласно многочисленным лингвистическим исследованиям медицинского дискурса, а также на основе практического опыта лечащих врачей известно, что коммуникативные навыки врача напрямую влияют на течение болезни и результат лечения. «Допущенное некорректное речевое поведение врача, его словесная бестактность или беспомощность, небрежное отношение к слову, смысловые или этические ошибки могут негативно повлиять на процесс выздоровления» [2, с. 467].

Целью данного исследования является описание речевого поведения невролога с пациентами — родителями или представителями ребенка раннего возраста, основанное на личном опыте врача-невролога с многолетней практикой.

Как отмечают некоторые исследователи, особенности комплаенса в педиатрии, то есть точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения, изучены недостаточно [4, с. 409]. Достижение комплаенса зависит от уровня понимания пациентом разъяснений и назначений, а также установки на лечение. В этом большую роль играет выбор врачом речевого поведения при разъяснении заболевания и назначенного им лечения.

Для установления контакта врача с родителем ребенка, чаще всего с мамой новорожденного или ребенка до 2 лет, врач-невролог использует имиджевую тактику. Это значит, что для создания положительной реакции родителей, следует разговаривать всегда спокойным, слегка приглушенным голосом, что создает ат-

мосферу дружеского общения [1, с. 881]. Врач, таким образом, задает вопросы, которые помогают ему понять, что с ребенком, подробно расспрашивает про жалобы и анамнез жизни, заболевания и до конца выслушивает все, что мама ребенка может рассказать, направляя при этом своими вопросами рассказ матери для получения необходимой информации.

Важным моментом в коммуникации врача с молодыми мамами для создания положительного эмоционального воздействия является его обращение к ним. Так, по мнению Г. Л. Микиртчян, педиатру следует обращаться к маме ребенка по имени отчеству. Вместе с тем, проведенные специалистами по биоэтике опросы показали, что только 10 % процентов педиатров на приемах называют мать ребенка по имени-отчеству, чаще всего используются обращения «мама», «мамочка», «мамаша» [3, с. 7]. Исходя из практики общения с мамами маленьких детей на приеме у невролога, мы считаем, что обращение «мамочка» (не «мама» и не «мамаша») является вполне обоснованным, несущим положительную эмоциональную нагрузку и поэтому имеющим некоторые преимущества в отличие от обращения по имени-отчеству. Безусловно, любое обращение может получить нежелательную окраску в зависимости от тона ведения беседы, но поскольку на приемах мы не допускаем иной тональности в беседе кроме уважительности, обращение «мамочка» получает именно ту окраску, которую вкладывает в это слово врач: уважение к материнству, мягкость, доверительность, нежное отношение матери к своему ребенку, за которого она отвечает. Обращения на «Вы» закрепляет семантический компонент уважительности в обращении «мамочка».

Практика показала, что существует несколько поведенческих типов молодых мам.

Если у женщины первый ребенок и она возрастная первородящая, а также, если разница между первым и последующим ребенком около 6–9 лет, часто такая женщина более тревожная, может рассказывать суетливо, давать много лишней информации, не рассказывать о фактах, которые могут быть полезны врачу. Подобное поведение матери требует от врача наибольшей деликатности, понимания ее психологического состояния, умения без малейшего намека на раздражительность мягко и доверительно направлять беседу для получения нужной информации.

Юные мамочки могут вообще не задавать вопросы, потому что считают, что все хорошо у ребенка и прохождение диспансеризации у узких специалистов — это формальность. И, когда ребенку назначаются какие-либо процедуры, например, общеукрепляющий массаж, такая мамочка может сказать, что в этом нет необходимости. Если необходима госпитализация в стационар по состоянию ребенка, могут отказываться, объясняя неудобством, своей усталостью, считая, что лучше помогут дома, до конца не оценивая серьезность ситуации. В этом случае врачу требуется аргументированно и деликатно объяснить, какие будут последствия для ребенка при отсутствии адекватного и своевременного лечения.

Если у ребенка имеются изменения при осмотре (например, признаки задержки в развитии), изменения при обследовании, с мамой ребенка, особенно

если она кормящая, следует говорить спокойным голосом, но твердо, чтобы женщина поняла проблему и не утратила на фоне стресса способность грудного вскармливания.

Большинство матерей после получения результатов обследования начинают искать данную информацию в интернете. Чаще всего это неблагоприятно сказывается на их эмоциональном фоне, так как, не имея специального образования, они не сопоставляют состояние ребенка, его навыки с данными обследования. В результате этого, женщины оказываются в тревожном состоянии, некоторые в панике приходят на прием к неврологу. Например, очень часто у детей первого года жизни на нейросонограмме выявляют расширение наружных или внутренних ликворных пространств. Не всегда специалист по ультразвуковой диагностике объясняет матери выявленные изменения, чаще сразу направляет к неврологу. Женщина читает в интернете, что это может быть проявление гидроцефалии, что необходимо лечение. Однако это не всегда так, так как врожденная гидроцефалия выявляется до родов или после рождения, и специалисты сопровождают ребенка с момента постановки диагноза. Обычно, возрастные изменения на нейросонограмме не требуют лечения, так как ребенок растет и все компенсирует, мозг у детей пластичен. Этому разъяснению, естественно, предшествует беседа, в ходе которой врач узнает у матери, какие у нее есть жалобы, как родился ребенок, измеряет окружность головы и грудной клетки, оценивает навыки ребенка, и, если они соответствуют возрасту ребенка, врач говорит матери, что данная ситуация не требует вмешательства, и нужно лишь в динамике наблюдать за развитием ребенка. Довольно эффективным приемом разъяснения матери ребенка этой ситуации является графическое изображение мозга с ликворными пространствами у данного конкретного ребенка. Объясняя на простом рисунке изменения в мозге ребенка, врач избегает использование трудных неврологических терминов, заменяя их доступными для понимания словами. Например, вместо «энцефалопатия» врач говорит о «поражении головного мозга» или, в большей степени, с чем это было связано, то есть, о причинах возникновения «поражения головного мозга».

Очень сложными являются ситуации, когда, действительно, у ребенка есть проблемы в развитии, например, в моторном и речевом развитии, и необходимы занятия со специалистами (реабилитологом, дефектологом, логопедом, врачами ЛФК, массажа), а мать в данном случае отрицает наличие проблемы, не слушает объяснения врача, реагирует негативно, эмоционально, может приводить данные из интернета о нетрадиционных методах лечения. Врачу требуется максимум уравновешенности и спокойствия, чтобы добиться комплаентного поведения матери. Невролог несколько раз, не повышая голоса, говорит о необходимости правильных занятий и их значении для правильного развития ребенка. Ведь достижение комплаенса зависит от уровня понимания пациентом разъяснений и назначений, а также установки на лечение. При негативной или неадекватной реакции родителей самое главное для врача — сохранять спокойное поведение, не повышать голос, разговаривать ровным тоном, не накалять ситуацию.

Часто на прием приходят не только родители с детьми, но и бабушки и дедушки, которые имеют свое представление о диагнозе и лечении, которым также необходимо объяснить ситуацию доступным языком, но, в то же время, четко дать понять, что полная ответственность в принятии решения лежит только на родителях ребенка, являющихся законными его представителями и, в целом, все рекомендации даются именно родителям ребенка.

Таким образом, опыт показывает, что эффективность разъяснений причин неврологических заболеваний у детей раннего возраста и установленного лечения зависит от умения врача определять поведенческие параметры матери ребенка, ее эмоциональное состояние, уровень понимания и особенности личности, а также учета этого при выборе врачом речевой тактики.

Литература

1. Майборода, С. В. Особенности коммуникативной стратегии воздействия на адресата в рамках устного медицинского дискурса / С. В. Майборода. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 1 (105). — С. 880–883. — URL: <https://moluch.ru/archive/105/24962/> (дата обращения: 12.02.2022).
2. Медицинский дискурс: специфика профессиональной коммуникации врача / Т. В. Кочеткова, М. И. Барсукова, Е. А. Ремпель, А. Я. Рамазанова // Мир науки, культуры, образования. — 2018. — № 3 (70). — С. 466–467.
3. Микиртичан, Г. Л. Биоэтика в педиатрии / Г. Л. Микиртичан, Р. Суворова. — URL: <https://studfile.net/preview/2247716/> (дата обращения: 14.02.2022).
4. Чемяков, В. П. Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба? Вопросы современной педиатрии / В. П. Чемяков, А. В. Шашелева. — 2018. — № 17 (5). — С. 408–412. — DOI: 10.15690/vsp.v17i5.1958.

СОДЕРЖАНИЕ

АВРАСИНА Л. А. Ощущение боли при медицинском осмотре, на примере проведения электронейромиографии у детей	4
АНТИПИНА О. В. Глоссарии клинических и доклинических дисциплин как содержательная основа для пособий по русскому языку как иностранному	7
БАШИЛОВ Р. Н., БАШИЛОВА С. М. Феномен «наклонной плоскости» в биоэтике	14
БУЛАНОВ В. В. Пандемия COVID-19/21 и проблема со-бытия со страхом смерти	18
ВИНОГРАДОВА Е. В., КОЧЕГУРОВА Е. М. Проблемы генетического консультирования через сурдоперевод	22
ВИНОГРАДОВА Е. В., МАСЮКОВ С. А. Сложности коммуникации в триалоге «врач-переводчик-больной»	27
ВИНОКУРОВА М. И. Об использовании короткометражных фильмов при обучении студентов-медиков русскому языку как иностранному	32
ГАВРИЛЕНКО Н. Г., Соколова А. Ю. Формирования конструктивных отношений между врачом и пациентом: особенности грамматики медицинского английского	35
КОЛЕСНИКОВА И. Ю. Конфликт как неудача медицинского дискурса	39
КОНОНОВА А. Г., КОЛБАСНИКОВ С. В., КОРИЧКИНА Л. Н., ЗЕНИНА О. Ю. Медиатор-конфликтолог: недостающее звено медицинского дискурса	45
КОРИЧКИНА Л. Н., ПОСЕЛЮГИНА О. Б., ЗЕНИНА О. Ю., КОНОНОВА А. Г. Мнемотехнические методы и приемы в преподавании клинических дисциплин	49
КРЮКОВА О. В. Реализация компетентного подхода в реалиях медицинского образования	50
КУРИЦЫНА И. Ю. Формирование дискурсивных навыков на занятиях по латинскому языку в медицинском вузе	57
МАДЖАЕВА С. И. Термин КОВИД-19 в медицинском дискурсе	60
СОКОЛОВА А. Ю. Современные методы обучения в высшей школе: электронные обучающие курсы	64
ТКАЧЕВА Т. А., ТКАЧЕВА Н. В. Особенности коммуникации врача-невролога с родителями ребенка раннего возраста	68

Научное электронное издание

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

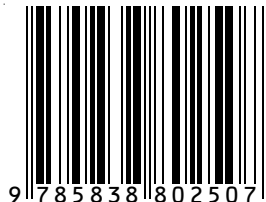
Сборник статей по материалам
X Всероссийского научно-образовательного симпозиума
с международным участием
8 апреля 2022 г.

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

Начальник РИЦ *О. Г. Ткаченко*
Оригинал-макет подготовила *Т. В. Бродская*

Формат 70×100/8. Усл. печ. л. 8,54.
Гарнитура NewtonС. Заказ 29.

ISBN 978-5-8388-0250-7



9 785838 802507