



# МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Сборник научных трудов по материалам XI международной  
научно-практической и образовательной конференции

7 апреля 2023 года



Тверь 2023

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

# **МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

Сборник

научных трудов по материалам  
XI международной научно-практической  
и образовательной конференции

7 апреля 2023 г.

*Под общей редакцией Е. В. Виноградовой*



Тверь  
Редакционно-издательский центр  
Тверского государственного  
медицинского университета  
2023

УДК 614.253

ББК 51.1

М 422

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

Рецензенты:

Крюкова Н. Ф. — доктор филологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет»;

Филиппченкова С. И. — доктор психологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Тверской государственной технический университет».

**Медицинский дискурс:** теория и практика : сборник научных трудов по материалам XI международной научно-практической и образовательной конференции 7 апреля 2023 г./ Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2023. — 146 с. — ISBN 978-5-8388-0263-7. — Текст: электронный : URL : [www.repo.tvergma.ru](http://www.repo.tvergma.ru)

В издании представлены научные труды участников XI международной научно-практической и образовательной конференции 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

В сборнике представлены материалы XI международной научно-практической и образовательной конференции «Медицинский дискурс: теория и практика», состоявшейся 7 апреля 2023 года в Тверском государственном медицинском университете.

Гибридный формат проведения конференции, сочетавший очное, онлайн- и интерактивное представление докладов, позволил ознакомиться с работами ученых, преподавателей, аспирантов девяти вузов и ряда медицинских учреждений России, а также высших учебных заведений Беларуси и Турции.

Как и в прежние годы, на обсуждение были представлены проблемы общения между врачом и пациентом с позиций социо- и психолингвистики, биоэтики. Было отмечено, что актуальность рассматриваемых вопросов продиктована изменяющимися условиями социальной практики, постепенной трансформацией модели взаимоотношений «врач-пациент», предполагающей большую степень информированности пациента о медицинских аспектах лечения.

В рамках обозначенных проблем на обсуждение участников и гостей конференции были вынесены вопросы совершенствования речевых коммуникативных моделей, а также аспекты, влияющие на удовлетворенность пациента уровнем оказания медицинской помощи, включающим как собственно медико-биологические, так и организационно-технические моменты.

Большой интерес у участников конференции вызвали работы, посвященные исследованию истории развития некоторых аспектов медицинского дискурса в России. Знакомство с приведенными фактами, бесспорно, является необходимым компонентом расширения общекультурного кругозора будущего врача, что говорит о необходимости проведения исследований в данном направлении.

Также в представленных докладах было продемонстрировано, что осознанное применение приемов речевого воздействия и владение навыками эффективного общения в медицинской среде являются важной составляющей профессиональной компетенции врача. Данная компетенция должна формироваться в процессе обучения в медицинском вузе, что требует включения в учебную программу специальных курсов по овладению основными принципами и тактическими приемами ведения беседы в институциональных условиях осуществления медицинской профессии.

Организаторы конференции благодарят авторов, принявших участие в работе конференции и предоставивших материалы для сборника, и приглашают коллег, интересующихся вопросами медицинской коммуникации, к дальнейшему сотрудничеству.

**МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС  
ГЛАЗАМИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

## **КРИТЕРИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

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

**С. А. Масюков, врач-ревматолог**

**ООО «Клиника Эксперт Тверь», г. Тверь, Россия**

В статье рассматривается понятие удовлетворенности пациентов обращением в медицинские учреждения. Рассматриваются основные параметры данного понятия и приводятся способы его выявления. На основании анализа публикуемых отзывов пациентов отмечается роль коммуникативного аспекта в формировании удовлетворенности пациента.

The article deals with the concept of patient satisfaction with contacting medical institutions. The main parameters of this concept are considered and ways of its detection are given. Based on the analysis of published patient reviews, the role of the communicative aspect in the formation of patient satisfaction is noted.

*Ключевые слова:* удовлетворенность пациентов, параметры удовлетворенности, отзывы, роль коммуникации.

*Key words:* patient satisfaction, satisfaction parameters, feedback, the role of communication.

В последнее время одним из критериев оценки деятельности лечебного учреждения стал критерий удовлетворенности пациента уровнем оказания медицинской помощи. Основанием для этого послужили изменения, наметившиеся в сфере здравоохранения в направлении оптимизации и экономизации лечебно-диагностических мероприятий, в результате которых пациент стал позиционировать себя не только как лицо, обратившееся к врачу за помощью, но и как клиент, получающий от медицинского учреждения услугу и оценивающий ее. Определенную роль в удовлетворенности пациента сыграла и модификация взаимоотношения между ним и врачом, заключающаяся в переходе от традиционной директивно-патерналистской модели к более современной, предполагающей большую степень информирования больного относительно проблем со здоровьем и перспектив лечения.

Возникшие в здравоохранении трансформации экономического и коммуникативно-дискурсивного плана способствовали тому, что администрация медицинских учреждений и лечащий персонал стали уделять большее внимание удовлетворению потребностей и запросов пациентов. Во многих случаях это привело к возрастанию нагрузки на врача, поскольку при значительном количестве пациентов, трудоемкости медицинской помощи в сочетании с дефицитом лечебного персонала поддержание требуемого уровня стандартов лечения усилило психоэмоциональное и физическое давление на врача и медсестер [2].

Несмотря на это обстоятельство, администрация лечебных учреждений, особенно коммерческих, стремится отслеживать проявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациентов, поскольку, как замечено, от этого зависит закрепление за лечебными учреждениями постоянных пациентов и привлечение новых, составивших на основании отзывов и рекомендаций представление о конкретном учреждении или докторе.

Прежде чем перейти к рассмотрению факторов, влияющих на «удовлетворенность пациента», следует определить, что вкладывается в этот концепт. Также как и понятие «качества» в медицине, понятие «удовлетворенность пациента» не имеет универсальной трактовки и может рассматриваться с разных позиций в зависимости от контекста. Это понятие может описываться как эмоциональная реакция, возникающая при сравнении ожидаемого и фактического, при котором степень соответствия ожиданиям определяет уровень удовлетворенности. В этом случае удовлетворенность пациентов будет пониматься как разница между качеством медицинской помощи, ожидаемым пациентом, и качеством, которое они оценивают в ходе или после ее получения [1].

Очевидно, что у пациента изначально возникают определенные ожидания и формируются представления о различных аспектах медицинской помощи. Возникшее соотношение фактических и ожидаемых характеристик лечения приводит либо к удовлетворенности (имевшиеся ожидания оказались ниже уровня реальности), либо к неудовлетворенности (ожидания были иными). Следует отметить, что для определения удовлетворенности пациентов не существует единых стандартов, по которым можно было бы определить их отношение к лечению. Во многом они различаются в зависимости от социально-демографических и социокультурных характеристик пациента [3].

Существуют различные способы определения степени удовлетворенности пациента, такие как внутренний опрос-анкетирование или внешняя независимая оценка. Каждый из способов имеет свои плюсы и минусы. Тем не менее, анализ полученной обоими способами информации позволяет выявить моменты, требующие внесения корректив в стиль работы медицинского учреждения, и оптимизировать его деятельность в пациент-ориентированном направлении.

Опрос удовлетворенности пациентов, проводимый в учреждении, имеет то преимущество, что может быть осуществлен без лишних издержек путем анкетирования или публикации отзыва на официальном сайте учреждения. Однако, если выбрать вариант опросника, то для получения объективных данных, которые могут быть использованы для анализа и совершенствования деятельности учреждения, требуется тщательная подборка вопросов и вариантов ответов, поскольку их формулировка может оказывать подсознательно влияние на отзывы пациентов. Значимые для оценки удовлетворенности пациентов ответы можно получить, задавая правильно сформулированные вопросы. Следующий момент, который при внутреннем опросе не позволяет выявить потенциал для повышения удовлетворенности пациентов, заключается в том, что при внутреннем опросе отсутствуют показатели для сравнительного анализа, необходимого для объективной оценки.

Важно также учитывать, что при большинстве заболеваний пациент не в состоянии оценить качество собственно медицинской помощи. Какие критерии, например, может использовать пациент для оценки того, существовали ли показания для проведения МРТ, оперативного вмешательства и была ли обеспечена надлежащая обработка раны после травмы? Пациенты чаще прибегают к другим критериям оценки деятельности медучреждений. Они касаются параметров, которые пациенты могут воспринять, оценить и сопоставить [3].

Если говорить о внешнем опросе удовлетворенности пациентов, необходимо отметить, что в той форме, в какой он существует, выявить общие стандартизированные параметры удовлетворенности затруднительно. Для установления потенциальных возможностей повышения удовлетворенности пациентов конкретной клиники требуется сравнительный анализ контрольных данных различных медицинских учреждений похожего профиля. При этом следует учесть, что при подобном сравнении можно дать, в основном, оценку качества структурных параметров деятельности учреждения, таких как доступность среды, включая наличие парков-



ки, оформление, чистоту и удобство помещений, график приема, время ожидания, работу регистратуры и колл-центра, координацию лечебно-диагностических процессов, оснащение медицинским оборудованием, качество питания, если речь идет о стационаре.

Объективно выявить качество результата лечения и взаимодействия «врач-пациент» по внешнему унифицированному опросу проблематично, поскольку он не поддается стандартизации и сравнительному анализу. Кроме того, не существует специальных независимых инстанций, в арсенале которых имеется научно обоснованная методика выяснения удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи по качеству процесса, результату и взаимодействию «врач-больной». При этом данные аспекты представляются весьма актуальными, так как являются барометром эффективности деятельности клиники и потенциальным направлением повышения уровня удовлетворенности пациентов.

Для того, чтобы выяснить, какие модули в рамках концепта удовлетворенности пациента выделяются при обращении в клинику и общении с персоналом, нами было проведено соответствующее исследование. Оно основывалось на анализе отзывов, опубликованных на сайте «Про докторов». Преимущество данной выборки заключается в том, что она охватывает отзывы пациентов обоих полов разных возрастных групп о деятельности разнопрофильных медицинских учреждений и разных медицинских областей всех регионов России. Некая анонимность и отсутствие информации о социально-демографических данных пациентов, с одной стороны, не дает возможности выявить их корреляции со степенью удовлетворенности. С другой стороны, неполнота представления этих переменных, читаемых только по контексту, позволяет определить так называемые «независимые» критерии удовлетворенности. При проведении исследования была поставлена задача, не акцентируя внимание на эмоциональной окраске оценочных суждений, выявить и сгруппировать по приоритетности основные параметры, влияющие на общую удовлетворенность.

Сначала следует отметить, как ранжируется удовлетворенность пациентов после посещения клиники или пребывания в стационаре. При изучении отзывов было выявлено, что приоритетность при оценке работы клиник отдается общению с врачами, на 75 % определяющему удовлетворенность пациентов. 25 % удовлетворенности достигается за счет надлежащей организации и координации процессов в деятельности клиники и дружелюбности вспомогательного персонала.

Примечательно, что за рамками оценивания остается аспект оформления клиник (внутренний и внешний дизайн). Представляется, что в данном случае срабатывает психологический фактор, влияющий на восприятие лечебного учреждения как места, где финансы вкладываются не во внешний лоск, а в лечебно-диагностический процесс. Кроме того, спокойный неброский дизайн не вызывает у пациентов чувства социального дискомфорта, что может положительно сказываться на их удовлетворенности посещением медицинского учреждения.

Какие же стороны общения с врачами отмечают пациенты в качестве модификаторов удовлетворенности? Как и предполагалось, на первом месте оказываются факторы межличностного общения, а именно, стиль и форма коммуникации между врачом и пациентом. В порядке приоритетности отмечают умение выслушать, понятное адекватное восприятию пациентом изложение и подробное детальное разъяснение сугубо медицинских аспектов заболевания, рекомендации по выбору варианта лечения (особенно в стоматологии), объяснение необходимости приема и действия препаратов.

В качестве следующего параметра со знаком «плюс» в вопросе удовлетворенности пациента выделяется проявление эмпатии, внимания к его пожеланиям и потребностям. Под вниманием в данном контексте пациентами понимаются внешние эмоциональные знаки проявления чуткости и готовности оперативно отреагировать на возникший дискомфорт или болезненные ощущения.

Примечательно, что в большинстве отзывов прослеживается прямая корреляция между положительной оценкой интеракции с врачом, проявляющейся в умении установить контакт с пациентом через коммуникативное мастерство, и наступлением видимого улучшения состояния после назначенного лечения. Основываясь на стиле и форме общения пациента с врачом, пациенты делают заключение о его профессионализме, способности и готовности помочь. Причем, удовлетворенность пациента отмечается и при отсутствии положительного результата лечения на основании высокой оценки модели взаимодействия врача с пациентом.

Определенный интерес представляет также сделанное на основании отзывов наблюдение в отношении оценки пациентами коммуникации с врачами-женщинами и врачами-мужчинами и ее влияния на удовлетворенность пациентов. Отмечено, что при оценке контактирования с врачом-женщиной пациенты делают акцент на психоэмоциональной стороне коммуникации, проявляющейся со сторо-

ны врача в сопереживании и демонстрации участия. При этом, выполнение ожиданий, связанных с улучшением состояния здоровья, смещается на второй план, без сопоставления ожидания и фактического результата. Что касается вопроса удовлетворенности от общения с врачом-мужчиной, то в этом случае акцент делается на коммуникативном умении расположить к себе пациента путем конструктивного предметного ведения интеракции, а также на положительном ожидании эффекта лечения.

Следует признать, что из отзывов, не содержащих достоверной информации о социально-демографических характеристиках пациентов, сделать однозначное заключение о зависимости удовлетворенности пациентов от их возраста, пола и социального статуса проблематично и не совсем корректно. Однако косвенно по языковым маркерам (родовые окончания, притяжательные местоимения и т. д.), можно составить представление об удовлетворенности пациентов в зависимости от пола. Так оказывается, что женщины чаще высказывают неудовлетворенность, чем мужчины. И как можно судить по контекстам отзывов, меньшую удовлетворенность высказывают более молодые пациентки.

Подводя итог вышеизложенному, можно заключить, что удовлетворенность пациента строится во многом на ощущении, что к нему отнеслись с вниманием. Во многом это зависит от таких факторов, как прозрачность и понимание результатов диагностики и терапевтических вмешательств, проявление дружелюбия, достигаемых грамотно выстроенной коммуникацией. Осуществленный в позитивном и конструктивном ключе обмен информацией между врачом и пациентом влияет на его комплаентность, готовность следовать терапевтическим назначениям. Достигнутый положительный результат повышает удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи, что положительно сказывается на известности и имидже клиники.

### **Список источников**

1. Артемьева, М. А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М. А. Артемьева. — Текст : непосредственный // Наука молодых. — 2017. — № 3. — С. 389–399.
2. Виноградова, Е. В. Чрезмерная нагрузка врача как фактор влияния на коммуникацию «врач-пациент» / Е. В. Виноградова, И. Ю. Колесникова, С. А. Масюков. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс : вопросы

- теории и практики : материалы 3-й межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / под ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь, 2015. — С. 21–27.
3. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М. А. Садовой, О. С. Кобякова, И. А. Деев [и др.]. — Текст : непосредственный // Бюллетень сибирской медицины. — 2017. — Т. 16, № 1. — С. 152–161.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ**

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

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

В статье дается анализ особенностей взаимоотношения врача-кардиолога и пациентов пожилого возраста при наличии коморбидной патологии. Приведена характеристика различных жалоб пожилого человека и опасность возникновения тяжелых осложнений при наличии полипрагмазии. На основе собственного клинического опыта даны рекомендации при общении с геронтологическими пациентами кардиологического профиля.

The article analyzes the features of the relationship between a cardiologist and elderly patients in the presence of comorbid pathology. The characteristics of various complaints of an elderly person and the risk of severe complications in the presence of polypragmasia are given. Based on their own clinical experience, recommendations are given when communicating with gerontological patients of a cardiological profile.

*Ключевые слова:* пожилой человек, коморбидная патология, взаимоотношение врач-кардиолог-пожилой пациент, полипрагмазия и осложнения.

*Keywords:* elderly person, comorbid pathology, cardiologist-elderly patient relationship, polypragmasia and complications.

В практике врача-кардиолога ежедневно приходится сталкиваться с пожилыми пациентами, которые имеют несколько заболеваний. Причем с возрастом их количество возрастает [4]. Большинство обратившихся на прием больных страдают артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Параллельно они получают лечение от других специалистов по поводу патологии суставов и позвоночника, гастроэнтерологических проблем, заболеваний нервной, мочеполовой, эндокринной и других систем. Пожилые пациенты предъявляют большое количество жалоб, не всегда могут объективно оценить свое состояние, понять причину плохого самочувствия [4]. Очень часто это происходит из-за приема большого количества препаратов. Полипрагмазия приводит к увеличению нежелательных лекарственных взаимодействий и побочных явлений. В беседе с герон-

атрическим пациентом необходимо объяснить, что прием большого количества медикаментов значительно повышает риск побочных явлений [2].

При одновременном приеме пяти лекарственных препаратов риск смерти возрастает в 1,31 раза, а при приеме десяти и более лекарственных препаратов этот риск увеличивается в 1,96 раза [2]. Больному необходимо объяснить, что прием более трех препаратов существенно увеличивает частоту головокружения, неустойчивости при ходьбе, способствует возникновению депрессии, расстройству сна, увеличивает риск падений и переломов шейки бедра [2]. Такая травма, как известно, является третьей по частоте среди причин смертности пожилых людей. Нужно расспросить пациента обо всех принимаемых препаратах, включая и биологически активные добавки. Известно, что нежелательные комбинации лекарственных веществ намного чаще приводят к осложнениям у лиц пожилого и старческого возраста в сравнении с молодыми. Во избежание нежелательных явлений необходимо использовать критерии Бирса Американской геронтологической ассоциации и критерии STOPP/START [6]. К сожалению, пока в нашей стране они применяются редко. Поэтому следует провести ревизию всех принимаемых препаратов, оставив только необходимые. Объяснить, что вылечить все хронические заболевания в пожилом и старческом возрасте невозможно. Нужно заниматься основными проблемами, которые могут привести к инвалидизации или даже к смерти.

Поскольку сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из первых мест в качестве причин смертности во всем мире, важно выявить основной гериатрический синдром, который будет способствовать осложнениям и значительно снизит качество жизни. Например, при лечении АГ важно стремиться к достижению целевых цифр артериального давления (АД) в возрасте старше 65 лет около 120 и не более 130 мм рт. ст., а при наличии старческой астении — около 140 и не более 150 мм рт. ст. [3]. Часто пациенты принимают антигипертензивные средства время от времени, мотивируя это тем, что в течение дня бывает и нормальное АД. Важно объяснить обязательность ежедневного приема основных препаратов, что позволит избежать резкого внезапного повышения АД и сердечно-сосудистых осложнений, снизит гипертрофию левого желудочка, уменьшит развитие ХСН [1]. Пожилой человек нередко страдает снижением памяти, может забывать прием медикаментов, поэтому следует назначать при АГ на старте либо монотерапию любым из пяти основных классов антигипертензионных препаратов или по показаниям — рацио-

нальную комбинацию в одной таблетке в минимальных дозах 1-го шага иАПФ/ БРА + диуретик или антагонист кальция [5].

Люди пожилого возраста часто приходят на прием с близкими родственниками. Важно установить с ними контакт, попросить купить таблетницу и утром раскладывать лекарства для упрощения приема медикаментов. Объяснить, что принимать гипотензивные препараты нужно ежедневно, не пропуская прием медикаментов, избегая волнообразных подъемов АД. Не нужно стремиться к АД ниже 120 мм рт. ст., так как это ведет к обкрадыванию мозгового кровотока, ишемии головного мозга, усилению когнитивных нарушений, и даже может способствовать развитию деменции. Необходимо успокоить пациента, развеять необоснованные страхи, снять тревогу, научить оказывать экстренную помощь при внезапном повышении АД и болях в сердце. Важно дать советы по питанию в плане ежедневного ограничения соли, поскольку она задерживает воду и будет вести к увеличению АД. Четко расписать плановую терапию. В конце приема зачитать рекомендации, убедившись, что пациент правильно понял основные назначения и важность их выполнения. Это поможет повысить комплаенс больного и избежать основных осложнений.

При беседе нельзя допускать бестактность, грубость, небрежное отношение. Пожилой человек более раним, болезненнее воспринимает обиды, часто бывает одинок и имеет сниженное настроение. Обязательно найти, за что похвалить пациента. Это поднимет позитивный настрой на лечение.

Следует учитывать, что у пожилых часто имеются сенсорные дефициты, поэтому разговаривать необходимо чуть громче обычного, четко проговаривая слова, делая паузы, в связи с тем, что скорость восприятия информации с возрастом несколько снижается. К особенностям взаимодействия также можно отнести:

- доброжелательный тон;
- улыбку врача;
- открытый взгляд;
- дружелюбность;
- позитивный настрой;
- аккуратные движения при осмотре;
- уважительное отношение к возрасту;
- заинтересованность в решении проблемы пациента.

Таким образом, главными задачами общения врача-кардиолога с пожилым пациентом при наличии коморбидной патологии является установление доверительных и уважительных отношений для успешной коррекции кардиологических проблем, ревизия всех принимаемых препаратов, адекватная терапия основной патологии, профилактика осложнений, которые могут привести к значительному снижению качества жизни и инвалидности.

### **Список источников**

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество : сайт. — 2020. — URL: [https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic\\_rek\\_AG\\_2020.pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf) (дата обращения: 12.12.2022). — Текст : электронный.
2. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации : сайт. — Москва, 2020. — URL: [http://cr.rosminzdrav.ru/recomend/600\\_2](http://cr.rosminzdrav.ru/recomend/600_2) (дата обращения: 14.06.2023). — Текст : электронный.
3. Рекомендации по ведению артериальной гипертензии. Клинические рекомендации / Европейское общество кардиологов, Европейское общество по артериальной гипертензии. — 2018. — URL: <http://www.eshonline.org/esh-annual-meeting/> (дата обращения: 20.04.2020). — Текст : электронный.
4. Старческая астения. Клинические рекомендации / Российская ассоциация геронтологов и гериатров. — Москва, 2018. — URL: <https://www.geriatri-news.com/jour/article/view/4> (дата обращения 18.06. 2018). — Текст : электронный.
5. Чазова, И. Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии / И. Е. Чазова, Ю. В. Жернакова. — Текст : непосредственный // Системные гипертензии. — 2019. — Т. 16, № 1. — С. 6–31.
6. STOPP/ START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. — D. O'Mahony, D. O'Sullivan, S. Byrne [et al.]. — Text : electronic // Age Ageing. 2014. — № 44 (2). — P. 213. — URL: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145> (date of the application: 14.06.2023).



## **ПРОБЛЕМЫ ПОНИМАНИЯ И ИНТЕПРЕТАЦИИ ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

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

Тщательный сбор анамнеза и его краткая, но точная запись существенно повышает доверие пациента к врачу. При общении с больным важно подводить промежуточные итоги и уточнять, всю ли полученную информацию следует записать в заключении. Такой подход способствует формированию приверженности пациента к выполнению врачебных рекомендаций. Студентам медицинского вуза необходимо не только практиковаться в заполнении медицинской документации, но и развивать свой лингвистический интеллект.

Careful collection of anamnesis and its brief but accurate record significantly increases the patient's confidence in the doctor. When communicating with a patient, it is important to summarize interim results and clarify whether all the information received should be recorded in conclusion. This approach contributes to the formation of the patient's commitment to the implementation of medical recommendations. Medical students need not only to practice filling out medical documentation, but also to develop their linguistic intelligence.

*Ключевые слова:* сбор анамнеза, приверженность к лечению, медицинская документация.

*Key words:* anamnesis collection, adherence to treatment, medical documentation.

Когда говорят, слушай хорошенько.

Большинство людей никогда не слушает.

*Э. Хемингуэй*

Выяснение анамнеза пациента – это один из самых важных и, возможно, самых убедительных навыков в медицине; это ключ к постановке клинического диагноза и хорошее начало для создания отношений врач–пациент, складывающихся благодаря навыкам эффективной коммуникации.

*Т. Гиббс*

Чаще всего под медицинским дискурсом понимают вербальное и невербальное НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ общение пациента с врачом. Однако после завершения личного контакта общение отнюдь не заканчивается. В основной своей массе больные читают и перечитывают выданный на руки протокол, тщательно оценивая записи врача.

В связи с этим интересно остановиться и на других аспектах ведения медицинской документации. В медицинском вузе преподаватели очень часто говорят студентам о том, что «история болезни пишется для прокурора», что «только соблюдение приказов, стандартов и клинических рекомендаций спасет вас от штрафов и других санкций». И это правильно, с одной стороны. С другой — кто же читает наши заключения чаще: прокуроры, надзорные организации и ведомства или пациенты и коллеги? Ответ, думается, очевиден. Именно больные — самые внимательные и неравнодушные читатели наших записей.

Еще пример: в соответствии с 22 статьей Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с поправками от 11.01.2023) [1], «каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи», «Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов». В реальности, пациенту зачастую ни под каким видом не выдают историю болезни, не позволяют почитать (тем более, сфотографировать!) протоколы обследования, приемный статус, диагноз, дневниковые записи и прочее. Почему? «Умную отговорку» мы выучили уже на 3-м курсе медицинского обучения. «Библиогенная ятрогения – это болезни, возникающие у несведущих в медицине людей в результате чтения медицинской литературы». Потому что «больной все поймет не так» и «только больше переживать будет», а еще «не надо пациенту знать ход диагностической мысли, пока не будет сформулирован клинический диагноз», «вот выпишется и все в выписке прочитает». Отчасти это верно, как и стремление врача оградить пациента от того, что он морально не готов узнать. Но лишь отчасти, потому что другими причинами «секретности» историй болезни и другой медицинской документации нередко являются, к сожалению, недописанные протоколы, фактические ошибки, оценочные суждения, «о которых больному лучше не знать»: «пациент эмоционально лабилен», «постоянно сбивается, путает факты, контакт за-

труднен» и так далее. Иногда это правда, а иногда просто спешка, суета и негативные эмоции врача, выплеснутые на бумагу.

Выписка или заключение оформляется и проверяется, как правило, гораздо тщательнее, хотя и не всегда. Особую важность медицинской документации, выдаваемой больному для чтения (изучения под микроскопом!), придает то, что хороший документ значительно увеличивает приверженность пациента к выполнению врачебных рекомендаций. В то время как небрежно оформленный будет дискредитировать самые правильные и обоснованные рекомендации. И, пожалуй, мелочей здесь нет.

Большинство пациентов планируют свой визит к врачу и продумывают, что именно важно донести до сведения последнего [2]. Безусловно, врач не может записывать «под диктовку», информацию необходимо структурировать и «перевести с русского на медицинский». Очевидно, трудно ожидать, что больной пожалуется на флатуленцию или диспареунию. Как ни странно, пациенты могут быть вполне довольны таким «переводом». Для этого врачу нужно тщательно проговаривать жалобы пациента в упорядоченном варианте: «Правильно я Вас понял? Сейчас больше всего беспокоит... А началось все с того, что ...» Подобный диалог демонстрирует со всей очевидностью, что врач не просто выслушал, но и ПОНЯЛ жалобы и анамнез заболевания. Это важнейший момент установления доверительного контакта и гарантии высокой приверженности к выполнению врачебных рекомендаций в будущем. Этот навык необходимо развивать у студентов медицинских вузов, формировать «лингвистически-вербальный интеллект», по Г. Гарднеру [3].

Напротив, пропуск важной, с точки зрения пациента, информации, искажение ее снижают общий уровень доверия к врачу, к поставленному им диагнозу и назначенному лечению: «врач меня совсем не слушал», «меня это беспокоит, а в бумаге ни слова, будто я и не говорил».

В разделе «история болезни» важно сверять рассказ пациента с имеющейся медицинской документацией, при наличии расхождений акцентировать внимание на разночтениях, уточнять, проговаривать для пациента, что именно будет записано в его заключении и почему.

В разделе «история жизни» следует избегать слов, которые могут быть неприятны пациенту: «мать», «тетка» и так далее. В частности, при характеристике наследственного анамнеза, вполне уместна запись: «наследственность отягощена по ... (близкий родственник / дальний родственник)». Нередки случаи, когда паци-

енты обижаются на врача за фиксацию на бумаге информации о некоторых перенесенных заболеваниях и даже о наличии вредных привычек. «Я врачу, как на духу рассказала, что курю, а он все в заключении написал, мама увидела и меня ругала!» Все-таки визит к врачу – не исповедь, и доктор обязан фиксировать услышанную информацию. С другой стороны, если это не является принципиальным для постановки диагноза, можно уточнить у больного, следует ли вносить в протокол информацию о некоторых заболеваниях или о вредных привычках.

При записи результатов объективного осмотра пациента ни в коем случае нельзя записывать то, чего врач не делал, например, измерение артериального давления или пальпация живота. В противном случае, увидев ложную информацию в документе, больной потеряет всякое доверие к диагнозу и рекомендациям.

Таким образом, важнейшим фактором, определяющим приверженность пациента к выполнению врачебных назначений, является максимально точное и в меру подробное заполнение основных разделов врачебного заключения. Также не стоит забывать о том, что большинство больных обязательно «погуглит» как диагноз (на соответствие симптоматике), так и назначенное лечение (на соответствие диагнозу).

Для правильного, корректного оформления медицинской документации студенту необходимы как регулярные тренинги (заполнение учебной медицинской документации), так и занятия по развитию лингвистического интеллекта, которые обязательно пригодятся в профессии врача.

### **Список источников**

1. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с поправками от 11.01.2023) : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 — URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd37f71cafc/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd37f71cafc/) (дата обращения: 26.02.2023). — Текст : электронный.
2. Гиббс, Т. Выяснение общего анамнеза: встреча двух экспертов (пер. с англ. под ред. З. З. Балкизова) / Т. Гиббс, Л. В. Химион. — Текст : непосредственный // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2013. — № 1 (11). — С. 60–69.
3. Гарднер, Г. Структура разума : теория множественного интеллекта / Г. Гарднер. — Москва : И. Д. Вильямс, 2007. — 512 с. — Текст : непосредственный.

## **КОММУНИКАТИВНЫЕ ОТНОШЕНИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» В ТЕРАПИИ И ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ФОКУС НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ**

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

Формирование эффективных коммуникативных отношений при общении с пациентами и их семьями на врачебных участках является неотъемлемым условием результативной деятельности первичной системы здравоохранения. В статье обсуждаются основные проблемы низкой приверженности амбулаторных пациентов к выполнению рекомендаций терапевта и врача общей практики (семейного врача). Приводятся примеры и способы конструктивного общения врача и пациента, делается вывод о необходимости и ценности сотрудничества и партнерства как главных инструментов достижения необходимой высокой приверженности пациента к лечению.

The formation of effective communicative relations when communicating with patients and their families at medical sites is an essential condition for the effective operation of the primary health care system. The article discusses the main problems of low adherence of outpatient patients to the recommendations of a therapist and a general practitioner (family doctor). Examples and methods of constructive communication between the doctor and the patient are given, the conclusion is made about the necessity and value of cooperation and partnership as the main tools for achieving the necessary high patient adherence to treatment.

*Ключевые слова:* терапевт, врач общей практики (семейный врач), приверженность к лечению, коммуникативные отношения, система врач-пациент.

*Keywords:* therapist, general practitioner (family doctor), adherence to treatment, communicative relations, doctor-patient system.

Согласно определению, приверженность к лечению — комплексная модель поведения пациента в отношении своего здоровья, реализующаяся в степени соответствия такого поведения относительно рекомендаций, полученных от врача по приему препаратов, соблюдению диеты и других мер изменения образа жизни [1].

Важно понимать, что представления пациента о своем заболевании, его опасности и прогнозе часто не совпадают со значением, какое им придает врач.

Например, многие больные с ожирением, дислипидемией или метаболическим синдромом не придают своему состоянию должного значения, поскольку субъективная симптоматика у них отсутствует, а осложнения длительно протекают бессимптомно. Таким пациентам особенно трудно менять образ жизни, выполнять врачебные рекомендации, сопряженные со специфическими ограничительными мерами. С другой стороны, возможны случаи, когда у пациента имеется функциональная патология (например, синдром раздраженного кишечника), сопровождающаяся выраженной психопатологической симптоматикой. Врачу известно, что такие заболевания не сопровождаются повышением смертности или риском развития рака, однако сопряжены с резким снижением качества жизни. При этом пациент может быть недоволен назначенным обследованием и рекомендациями врача, что также уменьшает комплаентность.

Существуют проблемы, ведущие к нарушению приверженности, которые связаны с личностью пациента. Это определенные демографические (пол, возраст, национальность) и психосоциальные факторы (особенности личности, уровень образования, вероисповедание и прочие), наличие вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя или психоактивных веществ), физиологические особенности пациента (когнитивные расстройства, снижение памяти), а также индивидуальный анамнез приверженности к лечению.

Довольно много проблем, снижающих комплаенс, связано с лечением. Имеет значение способ введения лекарственных веществ, сложность схемы лечения, его длительность, наличие побочных эффектов, а также степень ограничительных мер, связанных с заболеванием. Для пациента могут быть важны вкус лекарства; наличие риски на таблетке и их количество в упаковке, требования по хранению и, несомненно, его стоимость. Следует отметить существование социально-экономических барьеров: невозможность пациентом взять отгул или выходной день на работе; соотношение доходов и стоимости лечения; наличие социальной поддержки со стороны семьи и близких.

Несомненно, актуальны причины низкой приверженности пациентов к выполнению рекомендаций врача, связанные с системой здравоохранения. Сюда относятся время ожидания обследований и консультации врача, трудности с поиском нужного препарата или получения его по рецепту, недовольство осмотром врача (быстрый, поверхностный осмотр, неправильные речевые установки, низкая информированность пациента).

Рассмотрим некоторые пути повышения приверженности пациентов в амбулаторной практике. В настоящее время в медицинском и фармацевтическом маркетинге используется специальный инструмент — *Customer Journey Map* (CJM, карта путешествия клиента). Смысл его заключается в том, чтобы пройти путь пациента и разобраться, на каком этапе возникают проблемы, которые препятствуют выполнению рекомендаций врача. Поняв «критические точки», можно откорректировать терапию и добиться прекрасного результата. В этом случае фокус делается на индивидуальные особенности пациента, что повышает приверженность к терапии.

Существует специально разработанная «*Модель Информирование–Мотивация–Стратегия*» (Information–Motivation–Behavioural Skills Model), которая предполагает учет когнитивных, психологических и социальных факторов при построении эффективных взаимоотношений врача и пациента [3]. Согласно данной модели, существует три подхода к достижению высокого комплаенса: информирование, мотивация и разработка стратегии поведения, которые могут быть применены врачом персонафицировано для каждого больного.

**Информирование** представляет собой получение знаний пациентом о механизмах и причинах развития болезни, необходимых курсах лечения и реабилитации, профилактических мерах. Врачу необходимо доступно и понятно доносить информацию до пациента, чтобы построить доверительные отношения. Важно поощрять пациента к активному участию в формировании траектории обследования и лечения, процессе принятия решений. В ходе общения между врачом и пациентом должны сформироваться доверительные отношения, «терапевтический союз». Конечно, это возможно только в том случае, если врач проявит терпение, будет внимательно слушать пациентов, рассказывающих о возникших проблемах. Отдельного внимания заслуживает коммуникативная модель «врач-пациент». Наиболее популярный в нашей стране патерналистский стиль общения не всегда приносит положительные результаты. «Я все объяснил, написал, вы купите это лекарство и будете следовать инструкции», — такая формулировка снимает часть ответственности с врача, возлагая ее на пациента. Будет ли он следовать рекомендациям? Скорее всего, нет. Возможно, он обратится к другому специалисту. Ведь в этом случае не учитываются индивидуальные особенности пациента, остается много вопросов. Иногда лечение априори сопровождается негативными последствиями (проведе-

ние химиотерапии, состояние после хирургических вмешательств). В этих случаях необходимо заранее предупредить пациента и ответить на все интересующие вопросы. Поэтому, наиболее эффективной моделью в первичном звене здравоохранения является партнерская, которая предусматривает вовлеченность пациента в процесс лечения и реабилитации, формирует доверительные отношения, совместный поиск решений и способствует росту мотивации. Dy S. M. и Purnell T. S. определяют ключевые компоненты доверия, такие как *верность, компетентность, честность и конфиденциальность* [4].

**Мотивация** подразумевает личностное отношение пациента к приверженности, субъективные нормы пациента и его представления о должном поведении. Врачу необходимо помочь пациенту поверить в эффективность лечения; выявлять, слушать и обсуждать любое негативное отношение к лечению. Важно помочь пациенту сформировать ответственное отношение к лечению и вселить в него уверенность в том, что он способен придерживаться назначенного курса лечения. Сложнее работать с пациентами, которые не выполняют рекомендаций врача из-за внутренних личностных установок. Например, они считают, что принимать препарат от повышенного холестерина в их возрасте — «слишком рано», «вредно для печени и желудка». Задача врача в этом случае попытаться переубедить больного. Например, подробно информировать о возможных последствиях отказа от терапии или, наоборот, о том, какие преимущества появятся (увеличение продолжительности жизни, сохранение работоспособности и когнитивных функций), если рекомендации будут соблюдаться.

**Стратегия** — предусматривает формирование конкретного плана индивидуальной работы с пациентом. Поведенческие навыки пациента включают в себя его уверенность в том, что он обладает специфическими знаниями и возможностями, необходимыми для выполнения рекомендаций по лечению, например, возможностью заручиться социальной поддержкой. Врач должен помогать преодолевать выявленные барьеры, стоящие на пути к эффективному выполнению курса лечения; привлекать людей, которые могут предоставить практическую помощь, помогать в поиске ресурсов предоставления финансовой помощи или скидки на лечение (льготу); давать письменные инструкции/напоминания по режиму назначенного курса терапии; подписывать «поведенческое соглашение»; связываться с группами поддержки пациентов с подобными заболеваниями; обеспечивать элек-



тронными напоминаниями или телефонными звонками. Такая работа возможна и эффективна, если в процессе общения между врачом и пациентом уже сформировались доверительные отношения.

В 2005 году с целью улучшения приверженности к лечению была предложена поведенческая модель **SIMPLE**. В данной модели авторы разработали подробные инструкции для врача, в зависимости от тех барьеров, с которыми сталкивается каждый пациент в процессе лечения [2].

**S (*Simplifying regimen characteristics*)** — упрощение режима. Необходимо оптимизировать режим приема препаратов, подстроить его под распорядок дня пациента, сделать процесс лечения максимально простым и комфортным.

**I (*Imparting knowledge*)** — передача знания. Приверженность повышается, когда пациент понимает свое состояние, возможный неблагоприятный прогноз, осложнения заболевания и преимущества лечения. Однако передача знаний должна комбинироваться с простым и понятным режимом.

**M (*Modifying patient beliefs*)** — изменение убеждения пациента и его поведения. Узнать мнение пациента, дать определенные полномочия пациенту, выявить ложные представления и сомнения.

**P (*Patient communication*)** — установление общения и доверия. Применение активного слушания, обеспечение пациента информацией и получение обратной связи, что он ее усвоил. Вовлечение пациента в процесс лечения и реабилитации.

**L (*Leaving the bias*)** — преодоление предубеждений, этнических и социально-экономических различий.

**E (*Evaluating adherence*)** — оценка приверженности, разработка совместно с пациентом индивидуальной системы самоотчетов.

Следует отметить, что для практического применения данной модели и проведения мотивирующего интервью необходимо специальное обучение врача методологии, используемой в ходе беседы с пациентом. При этом целью является осознание пациентом своих проблем, а также его активное участие в их разрешении, и/или привлечение дополнительного специалиста-психолога. Несомненно, это имеет определенные трудности и организационные ограничения в российской системе здравоохранения. Кроме того, применение данной методики в рутинной клинической практике ведения больных с хроническими заболеваниями требует дополнительного времени и связанных с этим материальных расходов.

Таким образом, переход на пациенто-ориентированный подход, в котором учитываются трудности в соблюдении предписанных врачебных назначений, их раннее выявление и поиск совместных с пациентом решений для устранения препятствий к терапии позволяет достичь высокой приверженности к лечению и эффективному клиническому результату. Важно повышать грамотность терапевтов и врачей общей практики (семейных врачей) в вопросах эффективной коммуникации с населением участка.

### **Список источников**

1. Первый российский консенсус, по количественной оценке, приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации / О. М Драпкина, М. А. Ливзан, А. И. Мартынов [и др.]. — Текст : непосредственный // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2018. — Т. 13, № 1–2. — С. 259–271.
2. Atreja, A. Strategies to enhance patient adherence: making it simple / A. Atreja, N. Bellam, S. R. Levy. — Text : electronic // MedGenMed. — 2005. — № 7(1). — P. 4. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681370/> (date of the application: 02.02. 2023).
3. Di Matteo, M. R. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice / M. R. Di Matteo, K. B. Haskard-Zolnieriek, L. R. Martin. — Text : electronic // Health Psychol Rev. — 2012. — № 6 (1). — P. 74–1. — URL: <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592> (date of the application: 02.02. 2023).
4. Dy, S. M. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. — S. M. Dy, T. S. Purnell. — Text : electronic // Soc Sci Med. — 2012. — № 74. — P. 582–587. — URL: <https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v74y2012i4p582-587.html> (date of the application: 12.02. 2023).

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Д. А. Максимов, зав. отделением опухолей молочной железы и кожи  
ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер», Тверь,  
Россия

Э. С. Цветкова, студентка

ФГБОУ ВО Тверской государственной университет, г. Тверь, Россия

Авторы обосновывают актуальность психологического сопровождения женщин с раком молочной железы, находящихся на стационарном лечении, анализируют результаты исследования показателей эмоционально-волевой сферы женщин и представляют их субъективную оценку потребности в психологической помощи.

In this article, the authors substantiate the relevance of psychological support for women with breast cancer who are on inpatient treatment, analyze the results of a study of the parameters of the emotional-volitional sphere of women and present their subjective assessment of the need for psychological assistance.

*Ключевые слова:* рак молочной железы, комплаенс, самоотношение, самооценка, тревога, копинг-механизмы, качество жизни, психологическая помощь.

*Keywords:* breast cancer, compliance, self-attitude, self-esteem, anxiety, coping mechanisms, quality of life, psychological assistance.

Рак молочной железы (далее — РМЖ) является ведущей онкологической патологией у женщин России (21,7 % в 2020 году) [7]. В Тверской области в 2019 году РМЖ занимал первое место (22,2 %) в структуре заболеваемости у женщин [8]. Данное заболевание затрагивает проблемы как общие для онкологии, связанные с ухудшением здоровья, инвалидизацией, экзистенциальным жизненным кризисом, так и проблемы, присущие именно данному виду онкологии, обусловленные угрозой утраты привлекательности, женственности, значительным снижением самооценки, ощущением потери ценности для окружающих. У таких пациентов отмечается изменение физического и психологического образа тела и особенно выражено нарушение психоэмоционального состояния [2]. Онкологическое заболевание ставит перед больной сложные психологические проблемы, и от учёта личностных реакций на болезнь во многом зависит успех лечения [4].

На сегодняшний день в онкологической практике существует проблема психологической помощи пациентам [1; 10]. В российский стандарт лечения онкологических заболеваний приёмы психолога не включены [5]. Однако роль клинического психолога в комплексном онкологическом лечении возрастает. В лечебно-реабилитационном процессе женщин с РМЖ необходимо учитывать их индивидуальные особенности и тот факт, что для проведения успешной терапии требуется более глубокое понимание личности, осуществить которое только лишь медицинскому персоналу не всегда представляется возможным, ведь следует оценивать не только степень сохранности физических функций пациента, но и не менее важные психологические, эмоциональные и социальные аспекты его жизни, поэтому по завершении стационарного лечения многие пациенты, жизнь которых и взгляд на неё кардинально поменялись, испытывают психологические проблемы, сложности в адаптации даже к привычной для себя среде. В связи с этим большое значение имеет разработка программ психологического сопровождения женщин с РМЖ, направленных на успешное управление заболеванием и, как следствие, на улучшение качества жизни.

Психологическое сопровождение можно выделить как особый вид психологической помощи, отличающийся от психотерапии и разовой психологической консультации [9]. В отличие от психотерапии психологическое сопровождение посвящено решению не внутренних психологических проблем человека, а некоторой трудной жизненной ситуации, не предполагающей разового решения, а растянутой на определённый (или неопределённый) период времени. В отличие от психокоррекции психологическое сопровождение предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека, опору на его возможности и создание на этой основе психологических условий для реабилитации [6].

Целью статьи является исследование референтных показателей эмоционально-волевой сферы женщин с РМЖ, находящихся на стационарном лечении.

Показателями, референтными для эмоционально-волевой сферы являлись: уровень комплаенса, уровень самооценки, уровень самоотношения, уровень тревоги и депрессии, копинг-механизмы и качество жизни. Значения и характеристики данных показателей определяют содержание и качество эмоционально-волевой сферы у женщин с РМЖ, находящихся на стационарном лечении.

Выделение нами референтных показателей эмоционально-волевой сферы опиралось на имеющиеся данные о психологических особенностях женщин с РМЖ, свидетельствующих о психологической травматизации заболевших женщин и следующих изменениях в их эмоционально-волевой сфере: угроза утраты привлекательности, женственности, значительное снижение самооценки, ощущение потери ценности для окружающих, страхи, связанные с ожиданием операции и возможными осложнениями от операции и проводимой терапии, чувства отчуждённости и одиночества, субъективное переживание состояния «потерянности», переживание символической смерти, «реакция патологического отрицания», переоценка жизненных ценностей, изменения мироощущения, несостоятельность сознательных адаптивных механизмов преодоления проблем, связанных с болезнью, низкий уровень комплаенса при недоверии лечащему персоналу, беспомощности в отношении болезни, низкой самоэффективности, выраженном страхе прогрессирования заболевания и использовании малоадаптивных стратегий совладающего поведения [2, 11, 12, 13, 14]. В исследовании Чулковой В. А. при изучении динамики психологического состояния больных РМЖ в стационаре было выявлено, что им присуще выраженное эмоциональное напряжение, проявляющееся в повышенном беспокойстве, высоком уровне личностной и ситуативной тревожности, неуверенности, депрессии, которые особенно сильно проявляются на этапе поступления в стационар [12].

В ходе исследования был использован метод анкетирования и психодиагностические методики: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями; Опросник SF-36 «Оценка качества жизни»; Рисуночная методика «Автопортрет»; Методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма; Тест-опросник самоотношения В. В. Столина, С. Р. Пантелеева [3].

В изучаемую популяцию вошли 30 пациенток круглосуточного стационара отделения опухолей молочной железы и кожи ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер» г. Твери, в возрасте от 43 до 62 лет, страдающих РМЖ, шифр диагноза – C50 (злокачественное новообразование молочной железы). 80 % из них после операции, им предстояло дальнейшее лечение; 13 % находились на этапе подготовки к операции; 4 % обследованных проходили химиотерапию; 3 % проходили таргетную терапию.

В результате эмпирического исследования нами были выявлены следующие значения референтных показателей эмоционально-волевой сферы у женщин, страдающих РМЖ: 1) средне-выраженный уровень комплаентного поведения — такие пациенты с одной стороны привержены к лечению, с другой отрицают её необходимость; 2) тенденция к заниженному уровню самооотношения, что указывает на наличие у пациентов внутренне недифференцированного чувства «против» самого себя; 3) заниженный уровень самооценки, что выражается в частой самокритике, регулярно возникающем чувстве вины, неуверенности в себе и нерешительности; 4) наличие у большинства женщин повышенной тревожности и отсутствие симптомов депрессии; 5) преобладание у женщин относительно адаптивных вариантов копинг-поведения; 6) низкие показатели качества жизни — у данных пациентов физическая активность несколько ограничивается состоянием их здоровья, отмечается психическое неблагополучие, утомление, снижение жизненной активности.

Также нами было проведено авторское анкетирование выборки «Оценка потребности в психологической помощи» для определения потребности женщин с РМЖ в психологической помощи, из которого было выявлено, что наиболее популярными являются следующие психологические проблемы пациенток: слабо выраженные или же резко выраженные нарушения со стороны психической деятельности; поверхностное или вовсе недостаточное владение информацией о своём заболевании; недостаточное количество психологической поддержки, которую предоставляют пациенткам врачи/персонал при лечении; трудности при сообщении о своём диагнозе другим людям; навязчивые мысли; появление или преобладание после начала болезни страхов, беспокойства, тревоги; снижение самооценки. Также из анкеты было установлено, что большое количество опрошенных хотели бы получить от клинических психологов специализированную помощь: психологическую работу, направленную на коррекцию самооценки, межличностных отношений, адаптацию к новым жизненным условиям; психокоррекцию эмоционального состояния (работа с тревогой, страхами, навязчивыми мыслями, апатией, отчаянием) и, особенно выделив, психологическую поддержку до операции и во время лечения.

Таким образом, наличие психических реакций у женщин на онкологическое заболевание молочной железы подтверждают необходимость оказания специализированной психологической помощи данной категории пациентов, заключающейся в систематическом отслеживании их психического статуса и своевременной

психологической помощи, направленной на профилактику, диагностику и коррекцию психологических нарушений, что, в свою очередь, будет способствовать созданию оптимальных условий для лечения и выздоровления, а также повышению качества жизни женщин с РМЖ в условиях стационара.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов : руководство / под ред. А. М. Беляева [и др.]. — Санкт-Петербург : Любавич, 2017. — С. 122–123. — Текст : непосредственный.
2. Березанцев, А. Ю. Клинико-психологические аспекты реабилитации женщин, страдающих раком молочной железы / А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев. — Текст : непосредственный // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2012. — № 1. — С. 8–9.
3. Глуханюк, Н. С. Практикум по психодиагностике : учебное пособие / Н. С. Глуханюк. — Москва : Изд-во Московского психолого-социального ин-та, 2005. — 216 с. — Текст : непосредственный.
4. Зейвальд, И. В. Социально-психологическая адаптация личности при онкологическом заболевании / И. В. Зейвальд. — Текст : электронный // Успехи современного естествознания. — 2012. — № 1. — С. 54–56. — URL: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=29562> (дата обращения: 28.11.2022).
5. Почему психологическая помощь онкобольным не включена в стандарты лечения : сайт. — URL: <https://mk-ru.turbopages.org/mk.ru/s/social/health/2019/02/06/> (дата обращения: 2.12.2022). — Текст : электронный.
6. Психологическое сопровождение как модель психологической помощи в кризисном состоянии : сайт. — URL: <https://student-servis.ru/spravochnik/psihologicheskoe-soprovozhdenie-kak-model-psihologicheskoy-pomoshhi-v-krisisnom-sostoyanii/> (дата обращения: 2.12.2022). — Текст : электронный.
7. Рак молочной железы в цифрах: эпидемиология, диаграммы, видео : сайт / Фонд «Вместе против рака». — 2022. — URL: <https://protiv-raka.ru/analytics/epidemiologiya-rmzh-v-interaktivnyh-diagrammah/> (дата обращения: 28.11.2022). — Текст : электронный.

8. Рак молочной железы и рак кожи: как в Тверском онкодиспансере лечат самые распространенные злокачественные опухоли : сайт. — URL: <https://tvrtver.ru/news/> (дата обращения: 28.11.2022). — Текст : электронный.
9. Садовский, Ю. В. Практический психолог. Помощь психолога в Киеве. Направления работы : сайт / Ю. В. Садовский. — URL: [kiev.ua/napravleniya-raboty.html](http://kiev.ua/napravleniya-raboty.html) (дата обращения: 2.12.2022). — <http://www.upsihologa>. Текст : электронный.
10. Сирота, Н. А. Психологические факторы приверженности лечению у пациентов, страдающих раком молочной железы : сайт / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Д В. Московченко. — URL: <https://remedium.ru/doctor/oncology/> (дата обращения: 2.12.2022). — Текст : электронный.
11. Човдырова, Г. С. Копинг-стратегии личности при адаптации к стрессу / Г. С. Човдырова, О. А. Пяткина. — Текст : непосредственный // Психопедагогика в правоохранительных органах. — 2021. — Т. 26, № 1 (84). — С. 41–47.
12. Чулкова, В. А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : автореф.... дис. канд. психол. наук / Чулкова Валентина Алексеевна ; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. проф. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург, 1999. — 19 с. — Текст : непосредственный.
13. Шушпанова, О. В. Психические расстройства у больных раком молочной железы / О. В. Шушпанова. — Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — № 111(3). — С. 87–91.
14. Януц, Н. П. Особенности психотерапевтической работы с женщинами после мастэктомии / Н. П. Яцун. — Текст : непосредственный // Материалы тезисов съезда 2009 г. ассоциации онкопсихологов. — Москва, 2009. — С. 43–46.



**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ  
МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА**

## **ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В ОПТИКЕ БИОЭТИКИ**

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

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

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

В статье рассматриваются права пациентов, закрепленные в российском законодательстве, сквозь призму такой междисциплинарной области знаний, как биоэтика. В частности, продемонстрирована реализация принципа уважения автономии пациента при соблюдении права пациента на информированное добровольное согласие при медицинском вмешательстве и на отказ от медицинского вмешательства, а также на сохранение конфиденциальности и право на информацию о состоянии здоровья.

The article attempts to consider the rights of patients stated in Russian legislation through the prism of such an interdisciplinary field of knowledge as bioethics. In particular, the implementation of the principle of respect for the autonomy of the patient is demonstrated, while respecting the patient's right to informed voluntary consent for medical intervention and to refuse medical intervention, as well as to maintain confidentiality and the right to information about the state of health.

*Ключевые слова:* права пациента, биоэтика, патернализм, принципы биоэтики, врачебная тайна, информированное согласие.

*Key words:* patient rights, bioethics, paternalism, principles of bioethics, medical secrecy, informed consent.

В результате смены доктрины медицинской деонтологии на современную биоэтическую модель произошли коренные изменения во взаимоотношениях между врачом и пациентом. На протяжении веков главной формулой действий врача по отношению к пациенту был врачебный патернализм, в рамках которого всю заботу о здоровье пациента брал на себя врач, пациент при этом никакими правами не обладал. Так в Советском Союзе больной человек был объектом государственной заботы, в том числе и при распределении ресурсов здравоохранения. Эту заботу на практике реализовывал врач, который относился к пациенту как несовершеннолетнему иждивенцу, не способному самому решать вопросы своего здоровья и нуждающемуся в постоянной опеке. В современных реалиях медицина и право формируют субъектность в виде идеализации автономного пациента.

Именно понятие автономии является сердцевиной этой субъектности, а принцип уважения автономии пациента – центральным принципом в биоэтике и в современной медицине. Сопряженным с этим принципом является принцип уважения достоинства человека, который говорит нам о том, что человек — это не вещь. Это с вещью можно делать всё что угодно, с человеком же так поступать нельзя, его существование нужно уважать, рассматривая его как цель, не допуская технического подхода.

Еще И. Кант считал автономию основанием достоинства человека и всякого разумного естества. Он утверждал, что уважение автономии проистекает из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определить собственную судьбу. Каждая личность — самоцель, и она не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага [4].

Особо нужно подчеркнуть, что данное соображение легло в основу практически всех международных этических документов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинской деятельности. В медицине уважение автономии пациента предполагает то, что выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие врачебные действия.

Принцип уважения автономии личности пациента практически и наиболее полно реализуется в правиле добровольного информированного согласия.

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

- Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (Овьедо, 4 апреля 1997 года). В статье 5 говорится, что медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное письменное согласие. Это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках. Это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.
- Конституции Российской Федерации. В главе 2, статье 21 записано следующее положение: «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным испытаниям».

- Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи» [1]. Важным аспектом данного правила является и то, что пациент может отказаться от медицинского вмешательства или биомедицинского эксперимента, предлагаемого врачом. Таким образом, пациент, наделенный автономией воли, может отстаивать собственные суждения относительно состояния своего здоровья, в силу чего он имеет право принимать решения, которые не совпадают с мнением врача относительно пользы тех или иных мер и процедур для здоровья данного пациента или блага общества [6]. Но наше законодательство не позволяет пациенту отказаться от экстренной помощи и прибегнуть к эвтаназии. Хотя, в свете автономии, у человека должно быть право самостоятельно наполнять смыслом свою жизнь. Ценность жизни для человека должна определяться тем, какую ценность он сам в ней видит. И если человек решит, что жизнь в мучениях и страданиях бессмысленна, он должен иметь право добровольно уйти из жизни. Человек имеет право достойно жить и достойно умереть [5].

Так же в рамках реализации своей автономии пациент имеет право на соблюдение врачом правила конфиденциальности, закрепленного всё тем же законом — федеральным законом об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ. Статья 13 «Соблюдение врачебной тайны». В нем говорится, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну [2].

Однако при некоторых обстоятельствах закон позволяет врачам разглашать информацию о состоянии здоровья и других сопутствующих фактах третьим лицам без согласия больного, что явно может нарушать его автономный выбор. Например, при угрозе распространения инфекционных заболеваний, по запросу ор-

ганов дознания и следствия, о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий.

Особое внимание заслуживает ситуация, когда в информации о пациенте появляется интерес третьих лиц в плане угрозы их благополучию. Дилеммность ситуации заключается в том, что если мы уважаем автономный выбор пациента на сохранение конфиденциальности, это может навредить окружающим его людям. Эта ситуация касается и ВИЧ-инфицированных пациентов, и пациентов с психическими заболеваниями.

Интересная биоэтическая ситуация связана с информированием пациента в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания. В данной ситуации российское законодательство позволяет врачам передавать информацию о состоянии здоровья пациента родственникам, что явно сужает его автономный выбор при решении важных вопросов своей жизни. Особенно это касается качества жизни больных онкологического профиля [3].

Приведенные в статье казусы и дилеммы демонстрируют главные вопросы при реализации прав пациентов:

Во-первых, что и в какой степени должно быть приоритетным – благо отдельного человека или благо всего общества в разных биомедицинских ситуациях?

Во-вторых, кто и в какой степени должен распоряжаться судьбой пациента – сам пациент или государство в лице врачей?

Найти ответы на эти важные вопросы — основная задача биоэтики.

### **Список источников**

1. Башилов, Р. Н. Значение доверия между врачом и пациентом в проекции правила добровольного информированного согласия / Р. Н. Башилов, С. М. Башилова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 7-й международной научно-практической и образовательной конференции / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь, 2019. — С. 115–120.
2. Башилов, Р. Н. Конфиденциальность как основа взаимодействия «врач – пациент» / Р. Н. Башилов. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 2-й международной научно-

- практической и образовательной конференции / под общ. ред. Е.В. Виноградовой. — Тверь, 2014. — С. 10–14.
3. Свидетельство о регистрации базы данных RU 2019620902, 29.05.2019. Медико-психологическая характеристика качества жизни больных онкологического профиля. — Заявка №2019620745 от 14.05.2019 / Е. А. Евстифеева, Р. Н. Чирков, С. И. Филиппченкова, Л. А. Мурашова, Р. Н. Башилов. — Текст : непосредственный.
  4. Кант, И. Основы метафизики нравственности. Сочинения : в 6 томах. Т. 4, ч. 1 / И. Кант. — Москва, 1965. — С. 278. — Текст : непосредственный.
  5. Репина, С. М. Биоэтический дискурс об эвтаназии / С. М. Репина, Р. Н. Башилов. — Текст : непосредственный // Перспективы науки. — 2010. — № 5 (7). — С. 19–24.
  6. Хапчаев, С. Т. Теоретико-правовые аспекты соблюдения прав пациентов в современных условиях / С. Т. Хапчаев. — Текст : непосредственный // Актуальные проблемы государства и права. — 2022. — Т. 6, № 4. — С. 657–665.

## **НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НЕУДАЧ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ**

О. А. Жилыева, канд. культурологии, доцент

Т. В. Васильева, студентка

ФГБОУ ВО Читинская ГМА, г. Чита, Россия

Одной из основных задач врача, наряду с лечением пациента, является умение выстраивать взаимоотношения с ним, а это во многом достигается тактичностью в диалоге с больным и его родственниками, правильным и понятным объяснением процедур, назначаемых пациенту, а также пониманием той жизненной ситуации, в которой он оказался. К разным людям со всевозможными заболеваниями врач должен найти свой подход и выработать методы коммуникации, основанные как на собственном опыте, так и приобретенные в процессе обучения и чтения специальной литературы. В нашей работе мы представляем результаты анкетирования, охватывающего основные аспекты коммуникации «врач – пациент», а также описываем неудачи, приводящие к возникновению конфликтных ситуаций.

One of the main tasks of any doctor, along with the treatment of the patient, is the capacity to build relationships with him, and this is largely achieved through spiritual subtlety in the dialogue with the patient and his relatives, a correct and understandable explanation of the procedures that the patient must go through, as well as an understanding of the life situation in which he finds himself. The doctor must find his own approach to different people with various diseases and develop communication methods based not only on his personal experience, but also through training and reading special literature. Our study presents the results of a questionnaire covering the main aspects of communication and the reasons of failures, leading to conflict situations.

*Ключевые слова:* коммуникация, врач, пациент, коммуникативные навыки.

*Keywords:* communication, doctor, patient, communicative skills.

Врач – профессия лингвоактивная. Лучшие врачи во все времена придавали огромное значение общению врача с пациентом и воздействовали на пациента в лечебных целях. В этом многогранном процессе общения возникают всесторонние отношения между врачом и пациентом. Профессиональная компетенция врача зависит от уровня его речевой культуры. Речь врачей различных профессиональных групп и их общение с пациентами различаются по многим показателям в зависи-

мости от ситуации общения (прием в поликлинике, врачебная консультация, обход в стационаре). Задачи каждого узкого специалиста тоже разные: терапевт обследует пациента и рекомендует лечение, стоматолог осматривает и сразу же осуществляет лечение, хирург рассматривает собранные сведения об анамнезе болезни, осматривает пациента и назначает хирургическое вмешательство. В связи с этим меняются и речевые тактики врача [2, с. 162].

С первых минут разговора врачу необходимо завоевать расположение пациента и вызвать доверие. Для установления доверительных отношений врач обращается к пациенту по имени. Если врач правильно объясняет свои действия, то пациент чувствует себя свободнее и увереннее.

Дискурс (от франц. discours «речь») — это речь, погруженная в жизнь [1, с. 50]. К медицинскому дискурсу относятся лекции перед студентами, общение с коллегами и младшим медицинским персоналом, с пациентами и их родственниками. Такое общение представляет собой один из видов институционального дискурса. В медицинском дискурсе необходимо знать определенные правила поведения, принятые в данном профессиональном сообществе. К таким правилам относятся этикет, представляющий морально-этические нормы. Главной задачей этикета является создание неконфликтного общения между участниками коммуникации. Речевой этикет – это специально заданные и национально специфичные устойчивые формулы общения, направленные на установление контактов с пациентом и поддержание официально-вежливых отношений.

Для изучения обозначенной проблемы нами было проведено анкетирование. Анкета, охватывающая различные особенности и сложности общения, позволила выявить основные трудности, возникающие при взаимодействии врача и пациента и пути их решения. Данные, полученные от всех участников, были подвергнуты статистической обработке, а полученные результаты были представлены в диаграммах.

Анкетирование, которое было проведено среди практикующих врачей (42 респондента), помогло выяснить основные причины коммуникативных проблем в системе «врач – пациент». Респонденты были разделены по группам «стаж работы» (рис. 1): 66.7 % ( $m=\pm 7.2$ ) до 5 лет; 9.5 % ( $m=\pm 4.3$ ) 5-10 лет; 9.5 % ( $m=\pm 4.3$ ) 10–20 лет; 14.3 % ( $m=\pm 5.4$ ) более 20 лет.



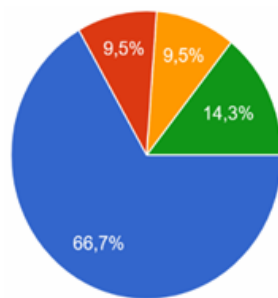


Рис. 1

На вопрос «Сталкивались ли Вы с трудностями при общении с пациентами?» (рис. 2) респонденты ответили так: 31 % ( $m=\pm 7.1$ ) да; 21.4 % ( $m=\pm 6.3$ ) вероятнее да, чем нет; 23.8 % ( $m=\pm 6.5$ ) вероятнее нет, чем да; 23.8 % ( $m=\pm 6.5$ ) нет.

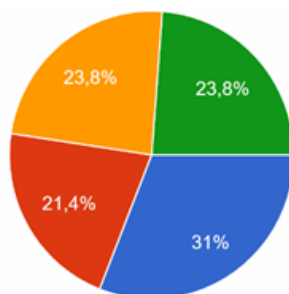


Рис. 2

На вопрос «В чем заключалась основная сложность общения с пациентом?» (рис. 3) ответы участников опроса распределились следующим образом: 35.7 % ( $m=\pm 7.6$ ) низкий уровень информирования пациента в области медицины; 54.8 % ( $m=\pm 4.5$ ) недопонимание пациента процесса лечения; 9.5 % ( $m=\pm 7.3$ ) коммуникативные сложности между врачом и пациентом.

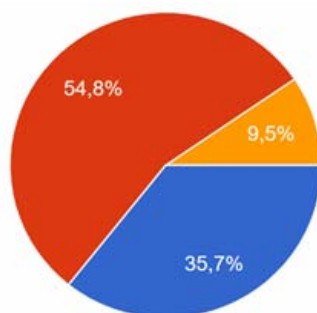


Рис. 3

Мнения респондентов при ответе на вопрос «Какими приемами коммуникации Вы пользуетесь?» (рис. 4) были следующими: 35.7 % ( $m=\pm 7.3$ ) доходчиво объясняю; 23.8 % ( $m=\pm 6.5$ ) внимательно слушаю собеседника; 31 % ( $m=\pm 7.1$ ) стара-

юсть создать комфортную обстановку для пациента; 9.5 % ( $m=\pm 4.5$ ) создаю образ сочувствующего и доброго врача.

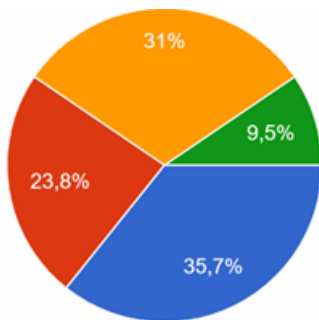


Рис. 4

При ответе на вопрос о влиянии возраста пациентов на процесс коммуникации выяснилось, что врачи испытывали коммуникативные трудности в старшей возрастной группе: «С какими возрастными группами Вам было легче общаться?» (рис. 5): 21.4 % (6.3) до 20 лет, 52.4 % (7.7) с 20–30, 26.2 % (6.7) с 30–60 лет, 0 % (0) <60 лет.

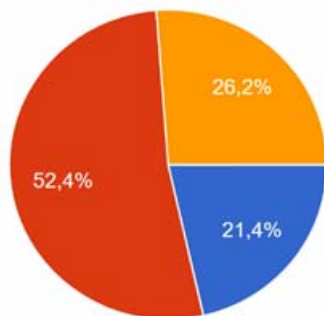


Рис. 5

На вопрос о коммуникации «Как вы выстраиваете коммуникацию с трудными пациентами?» (рис.6) участники анкетирования ответили следующим образом: 21.4 % ( $\pm 6.3$ ) стараюсь успокоить и объяснить ситуацию; 21.4 % ( $m=\pm 6.3$ ) настраиваю его на позитивный лад; 54.8 % ( $m=\pm 4.5$ ) слушаю пациента и продолжаю вести диалог в нужном русле; 2.4 % ( $m=\pm 2.3$ ) ничего не предпринимаю.

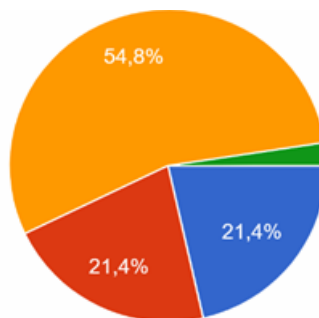


Рис. 6

На вопрос: «Какими приемами Вы пользуетесь при общении с пациентом – ребенком?» (рис. 7), респонденты ответили так: 31 % ( $m=\pm 7.1$ ) стараюсь успокоить его; 19 % ( $m=\pm 6.4$ ) использую отвлекающие факторы; 45.2 % ( $m=\pm 3.2$ ) пытаюсь превратить процедуру в игру; 14.8 % ( $m=\pm 5.4$ ) не обращаю внимание на его капризы.

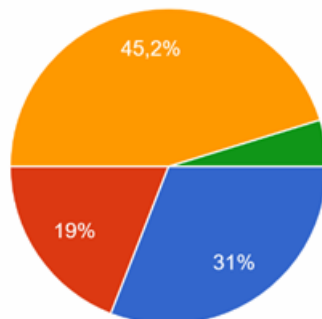


Рис. 7

Итак, на основе проведенного исследования можно сделать вывод, что коммуникативный процесс между врачом и пациентом довольно сложный и многогранный, требующий от врача определенных коммуникативных навыков. Общение между врачом и пациентом — специализированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами и требованиями профессионального медицинского сообщества для эффективности проводимого лечения. Следует отметить, что на выбор речевых тактик влияют как тип личности врача, так и пациента, ситуация общения, возраст участников коммуникации, уровень информированности пациента, умение врача выстроить коммуникацию в нужном направлении.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бочарникова, Е. А. О соотношении понятий «текст» и «дискурс» в лингвистике / Е. А. Бочарникова. — Текст : непосредственный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2010. — № 1 (5). — С. 50–52.
2. Формановская, Н. И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход / Н. И. Формановская. — Москва : Русский язык, 2002. — 216 с. — Текст : непосредственный.

## **НРАВСТВЕННОСТЬ В ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПРЕПОДАВАНИЯ И ВРАЧЕВАНИЯ**

А. Г. Иванов, д-р мед. наук, профессор

Е. Г. Королюк, канд. мед. наук, доцент

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

Нравственность — моральные качества и правила, которыми руководствуется человек в своем выборе. Нравственность имеет обширное смысловое и важнейшее определяющее значение для решения поставленных задач как в профессиональном плане, в данном случае медицине (врачевании и преподавании), так и в жизни в целом.

Morality is a moral quality, the rules that guide a person in his choice. Morality has an extensive semantic and most important, determining significance for solving the tasks set in the profession, in this case medicine (healing and teaching) and life in general.

*Ключевые слова:* нравственность, этика, деонтология, преподавание, врачевание, общество.

*Key words:* morality, ethics, deontology, teaching, healing, society.

История врачевания и медицины полна благородных высоконравственных научных изобретений, практических примеров с достойными результатами сохранения жизни и здоровья людей по многочисленным медицинским направлениям: изобретение и применение обезболивающих средств, наркоза, антибиотикотерапия, развитие терапии, хирургии, кардиологии и других областей медицины, родовспоможение, становление службы помощи раненым в военное время, становление и работа медицинских работников в чрезвычайных ситуациях, открытие и развитие системы медицинского образования среднего и высшего звена, где педагоги передавали и передают бесценные знания своим потомкам. Однако нельзя не замечать ошибок и заблуждений, порой фатальных, в медицинской области. Это — шаманство и колдовство, процветающие в «темные» языческие времена, введение в жизнь недопустимых с нравственной точки зрения медицинских манипуляций в современную эпоху, а именно аборт, эвтаназия, ЭКО и суррогатное материнство, некоторые генетические разработки и другие чужеродные человеческой природе вещи. Разбираясь в этом вопросе, можно найти истину.

Целью данной работы является анализ нравственных основ в этико-деонтологическом аспекте врачевания и преподавания медицинских знаний в разные исторические периоды и современное время.

Задачи нашего исследования заключаются в том, чтобы:

- проанализировать историческую официальную литературу на заданную тему;
- найти и проанализировать статистические данные по инвалидности в России и Европейских странах за 2022–2023 гг. и способы решения данной проблемы, как одного из критериев нравственности, требующей милосердия со стороны общества и медицинской сферы;
- проанализировать имеющиеся данные и на их основе сделать выводы о существующей ситуации в современном мире, отметив ее позитивные и проблемные стороны.

Основой медицинской деятельности Гиппократ считал этику, базирующуюся на нравственных принципах, без которых врачевание невозможно [2]. Гиппократ завещал своим потомкам обязательство, в котором сказано, что с особым трепетом надо относиться к учителю своему и считать его наравне со своими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в его нуждах, его потомство считать своими братьями и безвозмездно научить их всему, чем владеешь сам; передавать искусство врачевания своим детям и ученикам, принявшим на себя этические нравственные обязательства. Режим больных направлять к их выгоде сообразно с силами врача, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Никогда никому не давать смертельного средства и не показывать пути для подобного замысла. Никогда не давать женщине abortивного pessария. Чисто и непорочно жить. Не превышать должностных полномочий. Излечивая больных «буду далек от всего пагубного...», особенно от любовных дел» с кем бы то ни было, не разглашать состояния больных. Выполняющим эти принципы да будет счастье, отступающих от них — «обратное этому».

Вышеперечисленные принципы нравственности направлены на максимально возможную пользу для больных и обучающихся, особенно с учетом того, что в медицинском вузе чаще всего преподаватель является одновременно и врачом. Кроме того, врач, соблюдающий принципы этики и деонтологии, всегда является учителем для коллег и студентов, оказывающихся рядом с ним.

Подтверждение тому — жизнь и деятельность врачей и педагогов, оставивших значительный след в истории, и самое главное — максимально возможную пользу для людей. Это врачи Кир и Иоанн (конец III – начало IV вв.), знаменитые врачи Александрии, лечившие всех больных бесплатно, исцеляя в том числе душевные недуги; Алипий (XII в.) и Агапит (XI в.) — первые православные прославленные лекари на Руси, Преподобный Ипатий Целебник (XIV в.) — насельник Киево-Печерской лавры, который ухаживал за больными и обладал даром целительства.

Можно назвать также Евгения Сергеевича Боткина (XX в.), сына Сергея Петровича Боткина, который окончил с отличием Военно-медицинскую академию, где впоследствии преподавал. Он работал в Мариинской больнице для бедных. С началом русско-японской войны (1904 г.) стал добровольцем в действующей армии, возглавил медицинскую часть Российского общества Красного Креста. С больными и студентами был выдержан, внимателен, справедлив, с милосердием и отзывчивостью занимался врачеванием и преподаванием. Был расстрелян в 1918 году вместе с царской семьей [3].

Еще один пример — Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (XX век, 1877–1961 гг.), наш современник, российский и советский деятель, врач-хирург, ученый и духовный наставник, автор трудов по анестезиологии и гнойной хирургии. Доктор медицины и доктор богословия. Высокие морально-этические качества Валентина Феликсовича, такие как честь, совесть, трудолюбие, чувство долга, уважительное отношение к человеческому достоинству служат ярким примером приоритета морально-этических принципов в профессиональной деятельности врача. По словам работавшей вместе с ним Валентины Зиновьевой, он учил коллег «человеческой хирургии». Валентин Феликсович всегда говорил о больных: «Перед нами не случай, а живой страдающий человек». Его научные труды актуальны и в современное время [4].

Стоит заметить, что жизнь каждого из врачей-педагогов абсолютно соответствовала морально-нравственным этико-деонтологическим принципам врачевания. Важно понять, на кого равнялись доктора-учителя, о которых шла речь. И тогда становится понятным, что кроме философских «правил нравственности» существуют более точные и незыблемые. Как известно, представления философов о нравственности могли кардинально отличаться. Так, например, Гиппократ отрицал

аборты, Аристотель их поддерживал, а Цицерон рассматривал рождение детей как выгоду для государства, он считал людей существами, выполняющими свои обязанности с целью государственной необходимости. Если прирост населения превышал запросы государства, Цицерон считал аборты не только допустимыми, но и необходимыми, тем самым попирая нравственные принципы. При этом сразу выпадают понятия милосердия и добра, что противоестественно человеческой природе. Это неизменно отражено в православной вере.

Русь всегда была Православной, поэтому, обращение к главным нравственным принципам, принятым в свое время князем Владимиром, позволяет увидеть, что в них заключено все необходимое для жизни человеческого общества. Мы знаем, что страна тогда погибала в распрях, войнах и проблемах, но все изменилось после принятия Православной веры. Появились письменность и добрые традиции, развивалась культура, прирастали территории, появились крепкие большие семьи, появилась и постепенно стала развиваться «человеческая» медицина и врачевание.

В наше время просматривается тенденция отступления от духовности, врачевание становится средством уничтожения людей, причем в богатых странах это проявляется все отчетливее. На западе узаконены аборты, ЭКО, и даже распространяется эвтаназия, особенно для малосильных членов общества. В Финляндии лица с инвалидностью составляют более 32 % от всего населения страны, в Великобритании — около 30 %, Нидерландах и Франции, Эстонии и Чехии — 20–28 %, Швеции, Дании, Португалии — около 20 % [5]. При этом власти и медицина многих из перечисленных стран (Финляндия, Дания, Швеция) предлагают эвтаназию именно таким людям, чтобы общество их не содержало. В России, наоборот, разработаны программы по поддержке людей с инвалидностью, создаются условия для жизни, хотя у нас их менее 9 %.

В современной России нравственные этико-деонтологические принципы находятся на диаметрально противоположных полюсах. С одной стороны, разрабатываются неинвазивные и мало инвазивные методы диагностики и лечения: лапароскопические операции, скрининг-тесты слюны и биологических жидкостей без взятия крови, выявление на ранних стадиях онкологической патологии, поддержка многодетных и молодых семей. С другой – узаконивается ЭКО, когда организм женщины подвергается агрессивному гормональному воздействию, суррогатное материнство, когда вынашивается ребенок согласно договору, составленному по

принципу «купли-продажи, а само «обещание врача» уже не содержит слов «не дам абортивного пессария». В преподавании встречаются те же принципы. Дисциплина «акушерство и гинекология», например, утверждает, что на ранних сроках беременности человек представляет собой эмбрион, не заслуживающий «человеческого» отношения, так как ребенком еще не является (и даже плодом не называется), и аборт разрешается просто по желанию женщины. Только после 12 недель, когда основные системы организма начинают функционировать, стремление сделать аборт не приветствуется и запрещается законом. С другой стороны, та же наука говорит о том, что будущая мама должна особое внимание обратить на развитие будущего ребенка именно в первый триместр беременности, наиболее важный в развитии малыша. Следовательно, разделение это условное, потому что, по сути, эмбрион, плод и родившийся ребенок — это один и тот же человек на разных стадиях развития, имеющих свои характеристики, и аборт должен быть противопоказан в принципе на любых сроках беременности. Таким образом, происходит отклонение и отказ от нравственных этико-деонтологических принципов по жизненно важным, основополагающим для общества направлениям в угоду бизнес-интересам части общества и личным интересам «заказчика», внедряются общепринятые «ценности» с попранием не только православной нравственности, но и принятых этических основ в медицине у ее истоков.

В техногенной цивилизации «разум» предлагает лишь средства для целей человека, а сами цели и ценности, составляющие основу индивидуальности субъекта, упраздняются. При этом милосердие и человечность исчезают из общества, гуманистическое направление становится формальностью, прикрывающей бесчеловечность. Примеры, когда общество отрекалось от нравственности, существуют в истории. Однако после этого цивилизация погибала: Атлантида, Содом и Гоморра, Древний Рим и Древняя Греция. Необходимо помнить, что количество жителей в те времена было значительно меньше, чем теперь, и отказ от нравственных принципов народов на всей территории земли является предпосылкой непредсказуемых разрушительных последствий.

Речь идет не о приостановке научно-технического прогресса, не о возврате к первобытности, а о нахождении равновесия человека с природой, техникой, наукой, а значит, и самим собой. Гуманистическая линия развития современной научной рациональности должна стать в условиях антропологического кризиса при-



оритетной [6]. Нравственные принципы, данные нам православием, истинно гуманистическими взглядами философии, подтвержденные жизнью и деятельностью врачей-педагогов должны быть использованы для дальнейшего развития медицины на пользу людям и продления времени жизни человечества на земле.

### **Список источников**

1. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка / В. И. Даль. — Москва : Просвещение : Дрофа, 2011. — 2734 с. — Текст : непосредственный.
2. Гиппократ. Избранные книги / Гиппократ. — Москва : ЕЕ Медиа, 2012. — 738 с. — Текст : непосредственный.
3. Ковалевская, О. Т. Царский лейб-медик. Жизнь и подвиг Евгения Боткина / О. Т. Ковалевская. — Москва : Царское дело, 2011. — 536 с. — Текст : непосредственный.
4. Войно-Ясенецкий, В. Ф. Наука и религия / В. Ф. Войно-Ясенецкий. — Ростов-на-Дону : Троицкое слово : Феникс, 2001. — 315 с. — Текст : непосредственный.
5. Официальный интернет-портал Федеральной службы государственной статистики : сайт. — URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 20.03.2023). — Текст : электронный.
6. Миловацкий, А. С. Человек в условиях техногенной цивилизации / А. С. Миловацкий, Е. В. Ишимская. — Текст : непосредственный // Современные технологии обеспечения гражданской обороны и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. — 2015. — № 1–2 (6). — С. 104–105.

## **СОЦИАЛЬНЫЙ И КОММУНИКАЦИОННЫЙ АСПЕКТ НЕУСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Л. Н. Коричкина, д-р мед. наук, доцент; О. Б. Поселюгина д-р мед. наук, доцент;  
О. Ю. Зенина, канд. мед. наук, доцент; А. Г. Кононова, канд. мед. наук, доцент  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

В статье обсуждается проблема неуспеваемости студентов, указаны ее основные причины и выделены два аспекта, именно, социальный и коммуникационный. Ставится вопрос о психологической помощи, вовлечении в активную спортивную и социокультурную среду и более четкий многосторонний контроль за посещаемостью занятий для неуспевающих студентов.

The article discusses the problem of poor academic performance of medical students, identifies its main causes and highlights two aspects, namely, social and communication. The question is raised about psychological assistance, involvement in an active sport and socio-cultural environment and clearer monitoring of attendance.

*Ключевые слова:* социальный, коммуникативный, неуспеваемость, помощь, контроль.

*Keywords:* social, communicative, academic failure, assistance, control.

Стремление каждого выпускника школы заключается чаще всего в том, чтобы получить образование, профессию. Школьные старания по учебе у многих вознаграждаются поступлением в вуз, при этом абитуриенты, ориентированные на профессиональное обучение, приобретение компетенций, предприимчивые, креативно думающие и имеющие свою стратегическую цель, стараются хорошо учиться. В настоящее время любая медицинская специальность требует непрерывного обучения. Что же происходит в процессе обучения профессии со студентом? Почему он становится отстающим? Эта проблема не новая, возникла не сейчас. Мы можем выделить несколько причин, которые, на наш взгляд, являются наиболее важными. Став студентом, получив право на образование, бывший выпускник школы взял на себя определенные обязательства, в частности, соблюдать устав учебного заведения, посещать занятия, освоить и выполнить все программы обучения. Вроде бы так просто. Но студент находит время прогуливать занятия, вовремя не сдавать зачеты и экзамены, иногда по нескольким предметам. При этом неуспеваемость студента напрямую зависит от пропусков занятий и лекций.

Среди причин пропусков занятий можно выделить несколько. На первое место следует поставить отсутствие у отстающего студента комбинации таких *категорий личности*, как *ответственность, дисциплинированность и организованность*, которые не были воспитаны в семье родителями, так как приоритетную ответственность за формирование полноценной личности несет семья.

Причинами пропусков занятий могут быть *непредвиденные обстоятельства*, вынужденный пропуск по болезни самого студента, близкого родственника, волонтерская нагрузка в вузе, участие в соревнованиях, спартакиадах, в оказании помощи при аварии и т.д., что считается уважительной причиной. Такие пропуски отрабатываются хорошими студентами легко, чаще при прохождении цикла, если не идет их накопление.

Другие пропуски, *неуважительные*, именно, уход с занятий без разрешения преподавателя, по халатности, по причине плохой погоды, из-за лени вставать рано утром на первые пары, либо вовсе не хочется идти в вуз, на занятия по определенному предмету, не хочется учиться, а диплом получить нужно и др. Это основные причины неуважительных пропусков занятий у студентов, которые к концу семестра спешно заставляют их отрабатывать.

Кроме того, особенно у студентов младших курсов, причиной неуспеваемости может быть *неумение адаптироваться к новым условиям обучения и социализироваться в коллективе*. Следствием такой ситуации является не только неуспеваемость, но и снижение качества образования.

С этих позиций можно рассмотреть *явление социального инфантилизма*, присущего представителям нынешней молодежи, который представляет собой вид социальной деформации личности [1]. К ним относятся студенты, которые не прошли стадию или период взросления, они не уверены в себе, беспомощны во многих вопросах, не умеют принять самостоятельное решение, у них нет друзей, они не имеют жизненных целей, интересов, нет желания работать, они ждут, что их проблемы кто-то решит. Такие студенты не понимают, что они, будущие врачи, ежедневно будут принимать самостоятельные решения по каждому больному, ставить диагноз, назначать обследование и лечение, но им не хочется учиться и готовиться к выполнению будущей работы. Возникает вопрос: а надо ли тогда продолжать учиться в вузе тому, кто занял не свое место в профессии и по истечении времени станет некачественным врачом? Все это говорит о том, что есть проблемы, возможно, связанные со *снижен-*

*ной мотивацией к обучению*, что также является одной из причин неуспеваемости студента. Проявляется это снижением интереса к обучению и приобретению знаний. При этом у некоторых студентов в процессе учебной деятельности возникает проблема несоответствия желаний в учебном процессе и возможностей в реальной жизни, что способствует появлению разочарования профессией.

Социальный инфантилизм является социальным феноменом [1], проявляется полной неспособностью принять ответственность за себя и свою жизнь и отвечать за свои действия и поступки. Кроме того, проблемы социального характера при обучении студенты создают сами. Также у них нарушены *коммуникационные* связи [4], то есть коммуникации с другими студентами. У них нет опыта межличностного и массового общения с одноклассниками, они не могут усваивать информацию из лекционного материала, учебного, из ответов товарищей, общения с преподавателем. Они не способны попросить помощи по учебе у сокурсников, учебный материал не усваивается, и таким студентам уже не хватает времени его изучить, они резко отстают от товарищей, при этом теряют интерес к предмету. Такие студенты не нашли способа открыть для себя и использовать различные пути передачи и усвоения знания. Кроме того, некоторые обучающиеся нацелены не на приобретение знаний, а на получение диплома. Они ориентированы на стратегию потребления, а не созидания, хотят «быстрых денег», легкой работы, уходят в виртуальную реальность [1]. Все это снижает качество подготовки специалиста.

Кроме того, обучающийся, который не может принять самостоятельного решения по возникшей проблеме, имеет *нарушенные коммуникативные навыки* [4]. Такие студенты не могут работать в коллективе, не могут легко общаться с товарищами по учебе. Нехватка жизненного опыта у студента и его эмоциональная лабильность в решении многих вопросов приводит к плохим результатам. Современные студенты не ориентируются на коллектив, чаще это происходит при слабых коммуникационных связях, они не могут учиться на принципах коллективизма, *коллективистская модель общения и поведения* в группах студентов (социальная группа) в большинстве не складывается, у них не возникает общих целей, задач, совместных решений, общих ценностей и сплочения. Известно, что учебный коллектив — это группа лиц, объединённых не только общей учёбой, но и решением определённых задач [3]. Отсутствие социальной и коммуникативной установки у многих неуспевающих студентов препятствует их участию в социальной

жизни коллектива, вуза, способствует неприятию поддержки и помощи со стороны однокурсников, равнодушию к собственной успеваемости.

В случаях социального инфантилизма, при нарушении коммуникационных и коммуникативных связей помощь студенту может оказать психолог. Психологическая помощь — это тоже дискурс, который направлен на создание у обучающегося мотивации к учебе и выявление причин неуспеваемости. При этом основная задача психолога состоит в исследовании специфики процесса социализации молодых людей, их социально-профессиональной ориентации и адаптации в коллективе; он может провести анализ социальных аспектов и способов деятельности обучающегося. Психологическая помощь нужна для выявления причин и возможностей избавления от инфантилизма и привития таких качеств, как самостоятельность и самоуправление, и помочь правильно сориентироваться в сложившейся ситуации.

Кроме психологической помощи, нужно вовлекать таких студентов в социокультурную и спортивную среду, чтобы ориентировать их на более активные приоритеты в выборе жизненных действий и помочь им стать на твердую жизненную позицию.

Таким образом, причин, ведущих к неуспеваемости студентов, много, однако из них можно выделить главные: это внешние и внутренние социальные и коммуникативные проблемы. Одни из них можно ликвидировать принятием мер: написать объяснительную о пропуске занятий, провести индивидуальную беседу, оказать помощь в разборе сложной темы, написать письмо родителям об успеваемости. Причины внутреннего характера более сложные, в этих случаях обучающегося необходимо направить к психологу. При этом основным решением проблемы неуспеваемости студента будет четкий контроль за его посещаемостью занятий со стороны сокурсников, преподавателей, деканата, родителей и своевременной ликвидацией задолженностей.

### **Список источников**

1. Ефимова, Г. З. Социальный инфантилизм студенческой молодежи как фактор противодействия модернизации современного российского общества / Г. З. Ефимова. — Текст : электронный // Вестник Евразийской науки. Интернет-журнал «Наукovedение». — 2014. — № 6 (25). — URL: <http://naukovedenie.ru/index.php?p=issue-6-14> (дата обращения: 05.03. 2023).

2. Микляева, А. В. Личностный инфантилизм в дискурсе психологического консультирования / А. В. Микляева. — Текст : электронный // Вестник Московского государственного областного университета. — 2018. — № 2. — С. 276–290. — URL: <https://doi.org/10.18384/2224-0209-2018-2-895>. (дата обращения: 05.03. 2023).
3. Райзберг, Б. А. Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. — Москва : ИНФРА-М., 2023. — 512 с. — Текст : непосредственный.
4. Шарков, Ф. И. Коммуникации: деловое общение, коммуникативные техники и технологии // Ф. И. Шарков, Л. В. Комаров. — Текст : электронный // Коммуникология. — 2014. — № 4 (6). — С. 13–26. — URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_21838910\\_18438546.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_21838910_18438546.pdf) (дата обращения: 05.03.2023).

## **ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Е. А. Ремпель, канд. филол. наук, доцент; М. И. Барсукова, канд. филол. наук, доцент; А. Я. Рамазанова, старший преподаватель  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России,  
г. Саратов, Россия

Статья посвящена проблемам профессиональной коммуникации врача с пациентами пожилого возраста. Особое внимание уделяется физиологическим и психоэмоциональным характеристикам пациентов данной возрастной категории, влияющим на коммуникативные установки и поведенческие реакции пожилых людей. В статье приводятся примеры речевого поведения врача, а также предлагаются практические рекомендации, позволяющие сделать коммуникацию с пожилыми людьми более эффективной.

The article is devoted to the problems of professional communication between physicians and elderly patients. Particular attention is paid to the physiological and psychoemotional characteristics of patients in this age category, which affect the communicative attitudes and behavioral reactions in elderly people. The article provides examples of the physician's speech behavior as well as practical recommendations to make communication with the elderly more effective.

*Ключевые слова:* профессиональная коммуникация врача, коммуникативные навыки, вербальное и невербальное поведение, пациент пожилого возраста.

*Key words:* physician's communication skills, communication skills, verbal and nonverbal behavior, elderly patient.

Одна из наиболее актуальных проблем коммуникации в сфере медицины — общение с пациентами пожилого возраста. По данным статистики в связи с увеличением продолжительности жизни в последнее время наблюдается рост численности пожилого населения в возрасте от 60 лет и старше. Таким образом, можно констатировать, что в клинической практике врачу все чаще приходится взаимодействовать с данной возрастной категорией пациентов.

Вступление в пожилой возраст характеризуется значительными изменениями как со стороны физиологии, то есть функциональных возможностей организма человека, так и со стороны психики и психоэмоциональных характе-

ристик личности. В силу большого жизненного опыта у пожилых людей формируется система ценностей и взглядов, отличающаяся консерватизмом и устойчивостью. Они утрачивают психологическую гибкость и способность к адаптации в стремительно меняющихся условиях современной действительности; не обладая информацией о новейших методах диагностики и терапии, склонны больше доверять средствам народной медицины, часто отказываются от госпитализации, опасаясь провести последние дни не в кругу семьи.

Пожилые люди — самая уязвимая категория пациентов, нуждающаяся не только в квалифицированной медицинской помощи, но и в особом, деликатном отношении со стороны специалиста, который должен обладать эмпатией, высокой речевой культурой и хорошо развитыми коммуникативными навыками [2, с. 13]. Именно грамотное речевое поведение врача, умелое владение средствами воздействия на пожилого пациента позволят оказать качественную медицинскую помощь и в полной мере удовлетворить потребности пациента.

Период старения неминуемо сопровождается рядом процессов, к которым пожилые люди не всегда могут адаптироваться. Прежде всего, состояние их здоровья характеризуется изменениями в костно-мышечной системе и опорно-двигательном аппарате. Среди частотных физиологических изменений также следует отметить изнашивание сердечной мышцы, нарушение обмена веществ, повышение уровня холестерина в крови, закупоривание сосудов. С возрастом возникает риск появления заболеваний дыхательной, пищеварительной, нервной и иммунной систем, наблюдается ослабление зрения, слуха и памяти.

Пожилым человеком неизбежно сталкивается с возникновением разного рода заболеваний, которые ранее не проявлялись. Следует отметить, что в этот период часто диагностируется наличие двух и более заболеваний (полиморбидность), имеющих преимущественно хроническое течение и атипичный характер проявлений [3]. Снижение физической нагрузки и подвижности, характерное для этого возраста, только ускоряет развитие необратимых процессов. Пожилым человеком все чаще начинает испытывать дискомфорт и болевые ощущения, что непосредственно сказывается на качестве его жизни.

Наличие большого количества заболеваний, вынужденное изменение социального и профессионального статуса, материального положения и других условий жизнедеятельности, безусловно, влияет на психоэмоциональное состояние пожилого человека и его поведение.



Доминирующими чертами психологического портрета представителя данной возрастной категории являются повышенная обидчивость, ранимость, категоричность, подозрительность к современным методам лечения. В этот период у пациента наблюдается ощущение собственной бесполезности и ненужности, раздражительность, обидчивость, ригидность, страх одиночества, ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях. В этом возрасте люди теряют веру в себя, в свои способности и возможности, в свою профессиональную компетентность; снижается мотивация к социальной активности и к решению проблем, непосредственно связанных с возникшим заболеванием или касающихся поддержания здоровья.

Коммуницируя с пациентом данной возрастной группы, врач должен обращать особое внимание на свое речевое поведение, коммуникативные средства воздействия, позволяющие успокоить пациента, снять тревожное состояние, добиться от него доверия и желания стать активным участником процесса лечения.

Помочь грамотно выбрать эффективные речевые стратегии и тактики в профессиональном взаимодействии с пожилым пациентом поможет предварительная оценка его внешнего вида и невербального поведения во время первой медицинской консультации.

Весьма значимыми для врача оказываются внешние проявления заболеваний или травм (хромота, тремор рук, серьезные нарушения зрения или слуха, одышка и др). По невербальным характеристикам пациента (внешний вид, телосложение, расположение в пространстве, использование / неиспользование адаптивных жестов, зрительный контакт, скорость речи, тембр голоса и др.) врач может сделать выводы о его психоэмоциональном состоянии.

Врачу следует обращать внимание и на собственные невербальные действия. Прежде всего, это важно потому, что пожилой пациент, имея большой жизненный опыт, с особым пристрастием следит за поведением врача, особенно если это молодой специалист. Именно пациентам пожилого возраста требуется демонстрация со стороны врача сочувствующего поведения, использование им поддерживающих невербальных сигналов (установление прямого зрительного контакта, тактильный контакт с пациентом, кивание головой в процессе выслушивания пациента, мимика и интонация, выражающие сопереживание и искреннее желание помочь) [4, с. 137].

Начиная разговор с пациентом пожилого возраста, важно правильно обратиться к нему, сразу проявить участие и заботу (*Добрый день, Иван Сергеевич! Проходите, пожалуйста. Не торопитесь. Вам помочь раздеться? Вещи можно оставить у входа*).

Если пациент находится в тревожно-возбужденном состоянии, необходимо успокоить его (*Вы сейчас все подробно расскажете, и мы разберемся. Расскажите обо всем по порядку. Давайте попробуем вместе разобраться в том, что произошло с Вами*). И наоборот, если пациент подавлен и угнетен, важно подбодрить его и вселить уверенность (*Пока ничего серьезного не случилось. На самом деле, все не так плохо, как Вы думаете. Ваш случай вполне разрешимый. Мы обязательно Вам поможем*).

Прежде чем начать задавать вопросы, врач должен дать пациенту возможность самому рассказать о своих проблемах. Данное правило, которое является обязательным для общения со всеми категориями пациентов, особенно важно соблюдать в коммуникации с пожилыми людьми. Находясь в вынужденной социальной изоляции, они испытывают в этом большую потребность в сравнении с пациентами других возрастных групп.

При ведении медицинского интервью с пожилым пациентом врач должен понимать, что одна из основных проблем в коммуникации с ним – получение достоверной информации о его состоянии. Пожилые люди из-за коммуникативных трудностей, нарушений в функционировании органов чувств могут давать недостаточную или недостоверную информацию о своих болевых ощущениях и вообще о своем состоянии; умалчивать о каких-то симптомах, полагая, что это признаки обычных «старческих» болезней, или испытывая страх перед госпитализацией.

Важно учитывать, что пожилые люди более склонны терпеть боль, чем молодые, не связывают возникновение новых болевых ощущений с развитием серьезного заболевания. Поэтому врач должен задавать больше открытых вопросов и интересоваться наличием любых подозрительных симптомов, стараясь повторять и фиксировать уже озвученные пациентом жалобы: *Итак, в последнее время у Вас наблюдаются боли в верхней части живота. А что еще Вас беспокоит? / Итак, помимо этого Вас беспокоят сухость во рту и тошнота. Подозреваете панкреатит... Может, что-то еще? / Итак, как я понимаю, у Вас*

*боли в верхней части живота, сухость во рту, тошнота, ощущение тяжести и отсутствие аппетита. И Вы боитесь, что у Вас может быть панкреатит... Я все правильно поняла? / Я вижу, что эти проблемы Вас тревожат, мы ими обязательно займемся. А пока я хочу убедиться, нет ли еще чего-то, в чем я могу Вам помочь?*

В общении с пожилыми пациентами не следует употреблять фразы-конфликтогены [5, с. 47]: высказывать замечания, насмехаться, критиковать, унижать, давать указания в директивной форме: *Выйдите. Вы не видите, я занята? / И что же теперь?! Вы не одна такая! Многие через это проходят / Вы мне мешаете. Сидите спокойно! / Это вообще не моя проблема / Вы мне предлагаете все бросить и Вами заниматься? / Дверь закройте! / С чего Вы вообще взяли, что Вам нужно идти ко мне?! Не должно тут у вас болеть / Раньше надо было думать / Если Вы все знаете, то зачем сюда пришли?*

Врач должен тщательно следить за своим речевым поведением, стараясь использовать фразы, способствующие стабилизации эмоционального состояния пациента, созданию комфортной и доверительной атмосферы общения.

Медицинский специалист в разговоре с пожилым пациентом должен вызвать у него ощущение безопасности, заверить его в быстром устранении болевых симптомов (*Если будет больно, не терпите, а сразу скажите / Мы Вам ввели обезболивающее, Вам скоро станет легче*). Хорошо мотивирует пациента на соблюдение всех рекомендаций врача, положительно влияет на его установки похвала (*Какая Вы умница! Какой Вы молодец! Как замечательно Вы со всем справились! Вы прекрасно выглядите!*).

Чтобы вызвать у пациента желание открыто и без стеснения рассказать о своих проблемах, поделиться самым сокровенным, врачу следует проявлять эмпатию и выражать собственные эмоции и чувства (*Меня очень порадовали Ваши результаты. Я расстроена. Мне жаль, что Вам пришлось столкнуться с такой проблемой. Я понимаю, как Вам сейчас тяжело*).

Для обеспечения эмоционального и интеллектуального комфорта пациента важно во время опроса и проведения лечебно-диагностических процедур прерываться на обсуждение отвлеченных тем, способных вызвать у пациента положительные эмоции: вопросы могут касаться семьи, проведения досуга, приятных событий [1, с. 8].

Таким образом, пожилые люди — одна из наиболее сложных возрастных групп, требующая от специалиста определенной подготовки и высокого уровня коммуникативной и профессиональной компетентности. Понимание врачом закономерностей возрастных изменений пожилого пациента, его эмоционального и психического состояния, особенностей взаимодействия с социумом поможет организовать эффективное взаимодействие с ним, точно выявить симптомы заболевания и выбрать индивидуализированный подход к лечению, мотивируя пожилого человека на сотрудничество со специалистом.

### **Список источников**

1. Барсукова, М. И. Реализация речевых тактик утешения, сочувствия и поддержки в профессиональной коммуникации врача / М. И. Барсукова, Е. А. Ремпель. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 6-й международной научно-практической конференции, 12 апр. 2018 г. / Тверской гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 7–12.
2. Виноградова, Е. В. Эмпатия как коммуникативная врачебная компетенция / Е. В. Виноградова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 6-й международной научно-практической конференции, 12 апр. 2018 г. / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 13–19.
3. Дворецкий, Л. И. Пожилой больной в практике терапевта / Л. И. Дворецкий. — Текст : непосредственный // Русский медицинский журнал. — 1997. — № 20. — С. 2.
4. Маркова, А. А. Тактика сообщения плохих новостей в профессиональном общении врача и пациента / А. А. Маркова, М. И. Барсукова. — Текст : непосредственный // Архив внутренней медицины. — 2022. — Т. 12, № 2. — С. 136–142.
5. Шеметова, Г. Н. Коммуникативные навыки в профессиональной деятельности врача общей практики и консультирование пациента / Г. Н. Шеметова, Е. А. Андриянова, Г. В. Губанова. — Саратов : Изд-во Саратовского гос. мед. ун-та, 2017. — С. 47. — Текст : непосредственный.

## **ХАРИЗМА И ЛИДЕРСКИЕ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

И. И. Тихонович, старший преподаватель

ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Международная парадигма образования XXI века, отражающая постоянные изменения в социально-экономической и политической ситуации, требует модернизации устаревших образовательных структур и переопределение миссии современной школы. Наиболее важным звеном в выполнении этой задачи является преподаватель новой формации, обладающий качествами харизматичного лидера, способного развивать свои надпрофессиональные навыки, выходящие за рамки дисциплинарных знаний, и максимизировать процесс обучения

The international structure of the 21st century of education, reflecting the constant changes in the socio-economic and political situation, requires the modernization of outdated educational structures and the redefinition of the modern school mission. The most important link in the fulfillment of this task is a teacher of a new formation, who must have the qualities of a charismatic leader, able to develop his trans-professional skills that go beyond disciplinary knowledge and allow him to maximize the learning process.

*Ключевые слова:* харизма, харизматичный лидер, преподаватель новой формации, надпрофессиональные навыки, миссия современной школы.

*Keywords:* charisma, charismatic leader, teacher of a new formation, over-professional skills, modern school mission.

Международная парадигма образования XXI века, отражающая постоянные изменения в социально-экономической и политической ситуации, требует модернизации устаревших образовательных структур и переопределения миссии современной школы.

Поскольку человеческие ресурсы являются наиболее важным инвестиционным капиталом любой образовательной организации, то, чтобы достичь высоких качественных показателей для удовлетворения потребностей студентов, надо иметь соответствующих высококвалифицированных преподавателей, понимающих важность постоянного саморазвития для максимального раскрытия своего потенциала.

При этом механизм реструктуризации современной образовательной системы включает расширение прав и возможностей как учителей, так и преподавателей высшей школы.

При работе со студентами преподаватель новой формации должен обладать качествами харизматичного лидера, способного развивать свои надпрофессиональные навыки, выходящие за рамки дисциплинарных знаний. Он должен быть способен максимизировать процесс обучения через более близкое знакомство с личностью студентов, так как в таком случае он в состоянии оказать наилучшую помощь подобно тому, как врач после постановки диагноза и понимания эмоциональных и физических проблем пациента сможет более успешно его лечить [2].

Технологии развиваются очень быстро, и полученные знания быстро устаревают. Поэтому педагогу как никогда актуально развивать надпрофессиональные навыки, выходящие за рамки дисциплинарных знаний.

Сегодня профессионал определяется не как человек, который получил большой объём профильной информации, а скорее как личность, которая умеет быстро учиться, быстро адаптироваться к новым условиям и находить нестандартные решения в сложных ситуациях [4, с. 27–46].

Новая образовательная парадигма требует от современного специалиста высокого уровня обобщения профессиональных знаний, разнообразия компетенций и гибкости для выполнения своих профессиональных обязанностей.

Для достижения этой цели как никогда нужны харизматичные педагоги с широким кругозором, эмоциональной реакцией, умеющие передать творчески не только важные профессиональные навыки, но и донести до учащихся богатство человеческой культуры, как необходимого элемента для успешной коммуникации в современном обществе.

Особую роль в этом играет так называемый педагогический артистизм, который можно определить как сложное слияние духовных и физических качеств, помогающих установить контакт со студентами, заручиться их доверием и осуществлять на этой основе педагогическую деятельность.

Артистизм в принципе, и педагога, в частности, включает внутреннюю утонченность, стремление к творческому решению проблем через образные ассоциации, умение корректировать поведение в ситуациях, когда оказание воздействия только на естественные чувства не приводят к желаемому результату. В таких случаях возникает необходимость сознательно и быстро перестроить свое поведение согласно ситуации.

В зарубежных изданиях очень часто используется термин харизматичный лидер (а не учитель, педагог или наставник). Это человек, обладающий такими характеристиками, как креативность, артикуляция, самодостаточность, самосканирование, самосовершенствование [1].

Согласно теории харизматического лидерства, лидер, развивая корреляцию со своими последователями/студентами/учениками как группой, должен также учитывать неявную возможность того, что они будут не только следовать за лидером, но и влиять на него [3]. А лидеру, в свою очередь, надо быть всегда готовым к изменениям.

Такие авторы, как Vicar Solomon et al. [5] в результате своих исследований пришли к выводу, что харизматичное лидерство помогает студентам (последователям) повысить осознание себя как личности, в то время как эффективность преподавателя — наставника (mentor) оказывает скорее отрицательное влияние по отношению к их самоопределению.

То есть, другими словами, наставничество, как они полагают, является сдерживающим фактором, не способствующим самоопределению обучающихся. В то время как харизматичный лидер, с его чутким отношением к потребностям членов группы, может способствовать осознанию студентами своей роли и повышению вероятности осуществления ими наилучшего осознанного выбора.

Такие лидеры/педагоги помогают созданию человеческого ресурса с новыми качествами, всесторонними знаниями, раскрытым интеллектуальным и духовным потенциалом, что отвечает потребностям любой образовательной организации в новых социально-экономических условиях.

### **Список источников**

1. Student leadership outcomes: The importance of position and process. / C. M. Campbell [et al.]. — Text : visual // The Review of Higher Education. — 2012. — № 35 (4). — P. 595–625.
2. Sardjono, O. Y. M. Learning outcomes based on myers-briggs type indicator (mbti) personality from accounting department students Sam Ratulangi University / O. Y. M Sardjono. — Text : visual // Accountability. — 2023. — Vol.12, № 1. — P. 11– 20.

3. Takala, T. Charismatic Leadership and Power / T. Takala. — Text : visual // Problems and Perspectives in Management. — 2005. — P. 45–57.
4. Tkachenko, T. Artistry as a Factor of the Professionalism of the Future Teacher / T. Tkachenko. — Text : visual // Journal for Performative Teaching, Learning and Research. — № 4 (2). — P. 27–46.
5. Solomon, V. Predicting self-determinism: role of charismatic leadership and mentoring effectiveness among physical education teachers of higher education institutes / V. Solomon, F. Younas. — Text : visual // JISR Management and Social Sciences & Economics. — 2022. — Vol. 20, № 2.



# **МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА**

## **ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ФОРМАТЕ ENGLISH MEDIUM**

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

ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия

В статье поднимается вопрос о равноправном речевом партнерстве как об условии, обеспечивающем эффективную академическую коммуникацию между преподавателем и англоговорящими студентами. Существует ряд языковых и неязыковых проблем, которые препятствуют соблюдению этого требования на практике. Частота и продолжительность иноязычной коммуникации не являются условиями равноправного речевого партнерства. И студенты, и преподаватели – вторичные языковые личности, однако этого недостаточно для осуществления речевого партнерства, поскольку студенты владеют разговорной формой английского языка, а преподаватели – языком для специальных целей. У сторон академической коммуникации разный жизненный опыт, когнитивный фон, мотивационный подход к совершенствованию иноязычных компетенций, что способствует возникновению коммуникативных барьеров в обучении.

The article raises the problem of equal speech partnership as a condition for maintaining effective academic communication between the teacher and English-speaking students. There are a number of linguistic and non-linguistic problems, hindering the compliance with this requirement in practice. The frequency and continuity of foreign language communication do not guarantee equal speech partnership. Despite the fact that both the students and teachers are secondary language personalities, it is insufficient for establishing speech partnership, since the students master spoken English, and the teachers have a good command of the language for special purposes. The sides of academic communication have different life experience, cognitive backgrounds and motivation for improving foreign language skills, which contributes to the emergence of communication barriers in training.

*Ключевые слова:* эффективная коммуникация, речевое партнерство, неравноправный речевой партнер, англоговорящие студенты, английский язык для специальных целей, иноязычная компетенция.

*Key words:* effective communication, speech partnership, unequal speech partner, English-speaking students, English for special purposes, foreign language competence.

Современная система образования, по наблюдению отечественных педагогов и методистов, страдает от недостаточно хорошей организации учебно-воспитательного процесса, частным случаем которой является неэффективная

коммуникация между преподавателем и обучающимися. Для того чтобы она стала эффективной, всем участникам образовательного процесса необходимо поддерживать речевое сотрудничество (партнерство) [6]. У студентов его нарушение ведет к снижению качества образования, возникновению дискомфорта от общения с преподавателем. Преподаватель же испытывает чувство профессиональной неудовлетворенности, снижается мотивация к развитию и совершенствованию иноязычных компетенций.

Новые и адаптированные рабочие программы, разнообразные учебные пособия на английском языке, программы профессиональной переподготовки и курсы повышения квалификации по иностранному языку для преподавателей неязыковых кафедр — это варианты повышения эффективности образовательного процесса в ходе подготовки англоговорящих обучающихся в формате English medium, который используется в Иркутском государственном медицинском университете (далее — ИГМУ).

В силу того, что клиническую практику студенты проходят в российских лечебно-профилактических учреждениях, обучение строится как с использованием английского языка для специальных целей, так и параллельно с профессионально ориентированным русским языком. При этом решающее значение имеет мотивация студентов: будут ли они ответственно подходить к его изучению в рамках факультативной дисциплины «Русский язык в медицине и повседневной коммуникации» или ограничатся «уровнем выживания», достаточным для прохождения клинической практики, поскольку выделенные на изучение русского языка часы не могут компенсировать всех коммуникативных потребностей в профессиональной сфере. Следовательно, преподаватели клинических дисциплин должны быть готовы к тому, что в течение всего курса обучения (все 6 лет) они будут оставаться речевыми партнерами англоговорящих студентов, транслировать академическую профессиональную информацию, формировать универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции на английском языке.

Безусловно, это является хорошей возможностью и мотивацией для преподавателей поддерживать стабильный уровень своих иноязычных компетенций, улучшать их. Классическая методика обучения иностранным языкам (например, Е. И. Пассов) в этом случае обычно советует общаться на иностранном языке как можно чаще, причем, не обязательно с носителем языка [5]. В нашем случае в англ-

лоразычной коммуникации с обеих сторон участвуют вторичные языковые личности, неравноправные как речевые партнеры, поскольку изучение английского языка проходило в разных экстралингвистических условиях, по разным методикам, а сами коммуниканты обладают разным речевым статусом, профессиональным и жизненным опытом.

Студенты имеют достаточную языковую подготовку для общения на повседневные темы, часто игнорируют грамматику и фонетику. Высокая скорость речи, по их мнению, призвана компенсировать скудный словарный запас. Чаще всего они не владеют научным стилем речи и навыками профессионального общения на родных языках, поскольку лишь небольшой процент англоговорящих студентов продолжает обучение в ИГМУ после медицинского колледжа, который закончили у себя на родине. При этом англоговорящие студенты в возрасте от 18 до 25 лет, к сожалению, не отличаются начитанностью и кругозором. Учебники по клиническим дисциплинам они называют книгами при ответе на такие вопросы, как «Какие книги вы любите читать?», «Что вы делаете в свободное время?». Очень сложно в англоговорящей аудитории использовать отсылки к мировой художественной культуре, истории, географии. Распространенный прием со стороны студентов списывать часть того, что они не понимают (или не доучили), на ошибки, допущенные преподавателем в устной речи (в ходе лекций, практических и семинарских занятий, клинической практики) и в учебных пособиях, презентациях, тестовых заданиях российского авторства, включая опечатки.

Приступая к работе в англоговорящей аудитории, преподаватель до некоторой степени владеет английским языком для специальных целей после изучения его на 1 курсе медицинского университета и / или сдачи экзамена кандидатского минимума по иностранному языку в аспирантуре. Чтобы поддерживать знания английского языка, он дополнительно занимается на языковых курсах, работает с аутентичными источниками. Тем не менее, в силу традиции обучения иностранному языку в отечественных вузах и отсутствию полноценной речевой практики, он не может быстро и уверенно выдавать фразы на английском языке, опасаясь сделать ошибки, которые могут быть замечены студентами.

Когда возникают коммуникативные барьеры семантического плана, преподаватель чаще всего подстраивается под языковой уровень студента под моральным давлением со стороны последнего. Это происходит следующим образом.

Студент упорно повторяет ту лексическую единицу, которой он владеет еще с тех пор, как учил английский у себя дома. Если преподаватель «сдастся» и признает уместность этого термина, это может привести в итоге к формированию искаженной научной картины мира и снижению качества формируемых профессиональных компетенций. Например, любые попытки студентов отождествить в речи (и, следовательно, в своем языковом сознании) анабиоз и гипотермию, повышенную температуру и лихорадку, ангину и стенокардию, эффект и эффективность лекарственного препарата некорректны. Они должны пресекаться преподавателем, потому что это может непредсказуемым образом проявиться в ходе клинической практики.

В отношении фонетических разночтений ситуация, казалось бы, не настолько критичная. При подготовке к занятию преподаватель выверяет правильность своего произношения по аудиословарям. Студенты же зачастую произносят слова так, как им кажется правильным и удобным. Наибольшее отторжение у них почему-то вызывает произношение множественного числа существительных латинского происхождения, а также слова греческого происхождения (например, *fungi*, *alveoli*, *gynecology*). После многократного неправильного повторения студентами преподаватель уже начинает сомневаться в том, что его вариант корректный, или, что еще хуже, начинает повторять за ними неправильный вариант.

Таким образом, в выстраивании профессионально ориентированной коммуникации на английском языке участвуют неравноправные речевые партнеры – преподаватель и студенты [1]. С обеих сторон это вторичные языковые личности, владеющие языком-посредником в разной степени. Неравноправие их речевых статусов складывается из следующих предпосылок языкового и неязыкового характера:

1. Преподаватель не пользуется разговорным английским языком для бытового общения, в то время как студенты из стран Африки и Юго-Восточной Азии практикуют именно разговорный вариант в школе, на улице, в государственных учреждениях.

2. Преподаватель владеет основами английского языка для специальных целей, знает терминологический аппарат своей клинической (доклинической) дисциплины. Студенты не владеют научным стилем речи, чаще всего не разбираются в профессиональном медицинском дискурсе ни на родном, ни на английском языке.

3. Преподаватель готов к совершенствованию иноязычных компетенций, пользуется специализированной литературой на английском языке, обучающими электронными ресурсами, проходит для этого курсы повышения квалификации и профессиональной переподготовки, посещает языковые курсы. Студенты уверены в том, что в совершенстве владеют английским языком по одному лишь географическому принципу его изучения, поэтому им не надо совершенствовать свои языковые навыки.

4. Преподаватель обладает фоновыми знаниями из области мировой культуры и искусства, которые может интегрировать в академический дискурс, чтобы повысить его интеллектуальную привлекательность и насыщенность. Кругозор англоговорящих студентов ограничен современной массовой культурой преимущественно своей страны.

Тем не менее, речевое партнерство преподавателя и обучающегося – это «наиболее эффективный способ создания экстралингвистических условий для оформления мыслей на иностранном языке» [4]. Принципом речевого партнерства является устойчивая мотивационная готовность к общению на иностранном языке, обусловленная ситуацией общения. По мнению сторонников коммуникативного подхода в обучении иностранному языку (например, Г. А. Китайгородской и ее последователей), преподаватель и студенты обязательно должны быть равноправными речевыми партнерами, потому что это условие «благоприятно влияет на создание комфортного психологического климата коммуникации» [3]. Помимо прочего, на статус речевого партнера, кроме сформированного уровня владения иностранным языком, оказывает влияние специфика самого языка, а также личностные и возрастные особенности говорящего.

Следовательно, существующая проблема речевого партнерства вновь выводит нас на проблему эффективной коммуникации в академическом дискурсе. Для того чтобы сделать речевое партнерство равноправным, нужно стремиться к тому, чтобы «смысл информации, озвученной преподавателем, был адекватен его интерпретации студентами (принцип адекватности передачи и восприятия информации)» [2].

Рассмотрим некоторые коммуникативные ситуации академического дискурса с точки зрения действий речевых партнеров, направленных на то, чтобы сгладить или устранить существующее неравенство речевых статусов.

*Ситуация 1.* Каждая тема лекции (практического занятия) включает в себя некоторое количество ключевых слов. Преподаватель предъявляет их отдельным списком в начале занятия. При формулировании темы, а также в ходе занятия, ему нужно использовать именно те слова, которые он выделил в качестве ключевых в самом начале, не подменяя их синонимами. Размышления о красочности и оригинальности изложения должны отступить на второй план перед научной достоверностью. Студенты определяют тематику занятия по используемым ключевым словам и используют их для извлечения и передачи основной информации. Любые попытки студентов предложить другие термины и ключевые слова рекомендуется игнорировать (например, medicines, medications, preparations вместо drugs для обозначения групп препаратов).

*Ситуация 2.* Перед каждой значимой частью занятия (пунктом лекции) преподаватель обозначает суть предстоящего этапа работы. На основе этого студенты могут определить значимую информацию, предположить, как речевое высказывание будет развиваться дальше. Для этого преподаватель заранее составляет детальный, логически организованный план лекции (занятия), которому строго следует. Студенты ознакомлены с этим планом, фиксируют его себе в тетрадь в начале занятия, сверяются в ходе занятия, при подготовке домашнего задания, а также могут отличить известную (старую) информацию от неизвестной (новой).

*Ситуация 3.* Часть информации, которая является хорошо известной студентам из других дисциплин или уже освещалась в курсе этого предмета, преподаватель опускает, не тратит время на повторение изученного ранее. Например, информация из курса нормальной физиологии не должна становиться центральной или основной на занятии по патофизиологии. Студенты сами определяют, какая информация скрыта в данных объективного осмотра, клинических и лабораторных исследованиях, выписке из учебной истории болезни, а затем (про себя или вслух – по просьбе преподавателя) восстанавливают полную клиническую картину (ставят диагноз, делают заключение, назначают лечение).

*Ситуация 4.* Преподаватель при общении со студентами использует формы вежливости (речевые клише), характерные для российского академического дискурса. Студенты правильно интерпретируют эти клише и реагируют согласно требованиям, принятым в университетском академическом дискурсе в России. Со стороны иностранных студентов недопустимы как бурные проявления радости

(что является нормой для арабских и индийских студентов), так и эмоциональные протестные настроения (как у африканских студентов). Преподаватель сохраняет спокойное, дружелюбное, деловое настроение, не переходит на панибратский тон или на личности, если назревает конфликтная ситуация.

Итак, в ходе обучения англоговорящих студентов-медиков посредством английского языка нами наблюдается характерное нарушение принципа равноправия речевых партнеров. Неравноправный статус участников коммуникации объясняется как языковыми, так и неязыковыми факторами. Преподаватель и студенты являются вторичными языковыми личностями (языковой фактор), обладают разным профессиональным и жизненным опытом, определенным уровнем мотивации к саморазвитию (неязыковые факторы). Описанные проблемы академического общения могут быть сглажены, если соблюдается принцип адекватности передачи и восприятия информации, отобранной в соответствии с целями, задачами и содержанием профессионального образования.

### **Список источников**

1. Антипина, О. В. Проблема неравноправного речевого партнерства в процессе обучения студентов-медиков на английском языке / О. В. Антипина. — Текст : непосредственный // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы : материалы III международной научно-практической конференции / Саратовский гос. мед. ун-т. — Саратов : Саратовский гос. мед. ун-т, 2021. — С. 267–274.
2. Колесникова, Л. Н. Проблемы академического межкультурного общения / Л. Н. Колесникова. — Текст : непосредственный // Языки России и стран Ближнего Зарубежья : материалы международной научно-практической конференции / под общ. ред. Т. Г. Бочиной [и др.]. — Казань : Казанский (Приволжский) федеральный ун-т, 2016. — С. 93–98.
3. Мирзабекова, Н. М. Преподаватель и студент как речевые партнеры. К вопросу о современном коммуникативном подходе в обучении иностранному языку / Н. М. Мирзабекова. — Текст : непосредственный // Теоретические и практические аспекты обучения иностранным языкам в вузе : сборник трудов / под ред. Е. В. Федоткиной. — Москва : Российский ун-т транспорта (МИИТ), 2019. — С. 38–41.



4. Папашвили, А. Г. Эффективное взаимодействие участников образовательного процесса на основе коммуникационных технологий / А. Г. Папашвили, О. А. Мухлынина. — Текст : электронный // Вестник науки и образования. — 2017. — Т. 2, № 5 (29). — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnoe-vzaimodeystvie-uchastnikov-obrazovatel'nogo-protsessha-na-osnove-kommunikatsionnyh-tehnologiy> (дата обращения: 23.02.2023).
5. Попова, Т. П. Неформальное иноязычное общение студентов неязыкового вуза в процессе изучения иностранного языка / Т. П. Попова. — Текст : непосредственный // Скребневские чтения : сборник материалов международной конференции, посвященной 90-летию Ю. М. Скребнева / под ред. И. Кабанова. — Нижний Новгород : Нижегородский гос. лингв. ун-т, 2012. — С. 216–222.
6. Смирнова, Е. М. Эффективная коммуникация участников образовательного процесса : сайт / Е. М. Смирнова. — URL: <http://ext.spb.ru/2011-03-29-09-03-14/78-fgos2/3473-2013-09-21-15-09-40> (дата обращения: 23.02.2023). — Текст электронный.

## **РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ НА ИНОСТРАННОМ ЯЗЫКЕ: РАБОТА С АССИМИЛИРОВАННЫМИ ЛАТИНСКИМИ ЕДИНИЦАМИ В МЕДИЦИНСКОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

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

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

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

В настоящей статье рассматриваются методические особенности развития навыков профессиональной устной и письменной коммуникации на занятиях по иностранному (английскому) языку специальности, анализируются проблемы, возникающие у обучающихся при работе со специальным текстом и освоении специальной лексики. Основная терминология медицины и смежных сфер достаточно устойчива и стандартизирована, в большинстве своем построена на основе элементов латинского и греческого происхождения. Изучение подобной терминологии, как правило, не вызывает особых сложностей у студентов медицинского вуза. Однако преподаватель должен акцентировать внимание на знакомых студентам из курса латинского языка правилах и закономерностях. В статье выделяется ряд моментов, традиционно вызывающих сложности у обучающихся.

This article is devoted to the development of professional oral and written communication skills while studying a foreign (English) language for special purposes, problems that arise and development of special vocabulary. The "nuclear" terminology of medicine and related fields in English is quite stable and standardized, mostly built on the elements of Latin and Greek origin. The study of this terminology does not tend to cause any particular difficulties for medical students. The important condition for this is the constant emphasis of the teacher on the rules and patterns familiar to students from the Latin course. The article highlights a number of issues that traditionally cause difficulties for students and require additional attention from the teacher to remove these obstacles.

*Ключевые слова:* английский язык медицинской терминологии, латинский язык, ассимиляция, ядерная терминология, коммуникация «врач – пациент».

*Key words:* Medical English, Latin, assimilation, nuclear terminology, doctor-to-patient communication.

Цель обучения иностранным языкам в современном вузе — активная речевая деятельность, которая выступает как средство профессиональной международной коммуникации. Специалист медицинской сферы должен обладать навыка-

ми ориентирования в сложном и разветвленном информационном пространстве, которое широко представлено материалами на английском языке. Необходимо быть в курсе национальных и общемировых научных и практических достижений и тенденций, уметь анализировать и критически оценивать изменения в смежных областях знаний (в естественных науках, фармации), делать выводы и обобщать информацию для дальнейшего использования [1].

Настоящая статья посвящена рассмотрению некоторых аспектов развития навыков профессиональной устной и письменной коммуникации на занятиях по иностранному (английскому) языку специальности. В статье проанализированы проблемы, возникающие при работе со специальным текстом и освоении специальной лексики.

В практическом обучении положительно зарекомендовала себя иерархическая модель преподавания иностранного языка студентам лингвистических специальностей, которая включает три ступени владения иностранным языком:

- 1) базовая ступень, подразумевающая владение основными лексическими единицами и грамматическими структурами, интонационными моделями;
- 2) язык делового общения, который применительно к сфере медицины можно рассматривать как язык неформального общения специалистов на профессиональных мероприятиях, устной беседы врача с пациентом и письменной деловой и просветительской коммуникации;
- 3) профессионально ориентированная ступень, то есть язык научно-исследовательской и практической литературы, навыки подготовки сообщений и докладов, ориентированных на профессиональную аудиторию, работа над научными статьями на иностранных языках [2].

Вторая и третья ступени неразрывно переплетаются, но не дублируют друг друга. Несомненно, их связывает активное использование сложной и разнообразной специальной лексики, которая является основой любой профессиональной сферы.

В процессе работы над языком специальности преподавателю приходится ограничиваться текстами учебно-научного и научно-популярного характера. Возможно выборочное использование справочных материалов, которые в учебных целях подвергаются незначительной адаптации и сокращению. Преподаватель должен критически подходить к используемому материалу из оригинальных источников, понимая, что студенты в состоянии справиться лишь с несложными (в содержа-

тельном отношении) текстами пропедевтической направленности. Фактически, студент младших курсов — это «пациент», которому комфортно при работе с популярными медицинскими Интернет-ресурсами просветительского характера, энциклопедиями, материалами, ориентированными на широкую аудиторию. В любом случае, эти тексты не служат цели научить «медицине на английском», но являются показательными с точки зрения используемой специальной лексики и актуальных грамматических структур.

Специальная лексика — сложное разноплановое понятие. Наряду с терминами, она включает разнообразные в стилистическом плане лексические единицы, используемые в терминологическом значении.

Основная терминология медицины и смежных сфер достаточно устойчива и стандартизирована, в большинстве своем построена на основе элементов латинского и греческого происхождения.

Традиционно в медицинской терминологии выделяют три основные подсистемы: анатомо-гистологическую терминологию, клиническую и фармацевтическую. Анатомо-гистологическая терминология английского языка на 95 % представлена заимствованными из латинского языка однословными и многословными терминами. Разделение клинической и фармацевтической терминологии в практике обучения английскому языку медицины не является столь существенным.

Фармацевтическая терминология, как известно, представляет собой совокупность терминов ряда специальных дисциплин, объединенных под общим названием «фармация», которые изучают изыскание, производство, применение лекарственных средств растительного, минерального, животного и синтетического происхождения. Центральное место в этом терминологическом комплексе занимает номенклатура лекарственных средств – обширная совокупность наименований лекарственных веществ и препаратов, официально разрешенных для применения. Термины фармацевтического характера подчиняются общим правилам и закономерностям. Языковая база фармацевтической терминологии — это латинский и греческий языки.

Для изучающих английский язык медицины не является принципиальным разделением фармацевтической и клинической терминологии. Тесная связь с латинским языком проявляется в наличии заимствованных лексем латинского языка (как и в анатомо-гистологической терминологии) и греко-латинских терминоэле-

ментов. Например: acute pharyngitis (< лат. pharyngitis acuta «острый фарингит»), contraindication (< лат. contra- «против» + -indicatio «указание»), solubility (< лат. solubil- «растворимый» + -tas суффикс с абстрактным значением).

Изучение медицинской терминологии (в особенности, рецептивно), как правило, не вызывает особых сложностей у студентов медицинского вуза [3]. Однако преподаватель должен постоянно акцентировать внимание на знакомых студентам из курса латинского языка правилах и закономерностях.

В рамках изучения клинико-фармацевтической терминологии в курсе английского языка особое внимание уделяется заимствованным из латинского языка терминоэлементам (корневым, префиксальным и суффиксальным). Владение данным материалом позволяет обучающимся достаточно легко понимать англоязычную медицинскую терминологию. Для активизации уже имеющихся у обучающихся знаний может быть задействован широкий спектр упражнений, который направлен на выявление параллелей между материалом, изученным в курсе латинского языка, и новой информацией, предъявляемой обучающимся в процессе освоения медицинского английского. Например, учащимся предлагается соотнести префиксальные и суффиксальные элементы, заимствованные из латинского языка, с их английскими эквивалентами; определить значение еще не известного обучающимся англоязычного термина, опираясь только на значение изученных в курсе латинского языка терминоэлементов.

Несмотря на то, что выполнение подобных заданий, как показывает практика, не вызывает сложностей у обучающихся, преподавателю необходимо: 1) активизировать навыки транслитерации, с которой обучающиеся также первоначально знакомятся в курсе латинского языка; 2) акцентировать внимание на изменениях фонетического характера; 3) подчеркнуть ряд особенностей, связанных с преобразованиями латино-греческих терминоэлементов, произошедшими в процессе их адаптации к грамматической системе английского языка (ассимиляция).

Словообразовательные элементы, заимствованные из латинского и греческого языков, характеризуются разной степенью ассимиляции. Практически нулевая ассимиляция начальных и корневых терминоэлементов не вызывает сложностей с соотнесением их с уже известными эквивалентами латинской терминологии. Однако конечные элементы в силу выполнения не только словообразовательной, но и словоизменительной функции подвергаются значительной ассимиляции.

Следовательно, необходимо подвести обучающихся к выявлению закономерностей произошедших изменений, что позволит им в дальнейшем соотносить английские термины с латинским оригиналом. Например, соотнесение английских ассимилированных конечных элементов с их латинскими аналогами позволяет обучающимся понять значение терминов, опираясь на изученное значение данных элементов в латинском языке:

Английский ТЭ	Латинский / Греческий ТЭ	Значение	Пример
-tion (-sion)	-io	действие, процесс	occlusion
-ure	-ura	результат действия	pressure
-gram	-gramma	изображение, результат регистрации сигналов	electrocardiogram
-ary	-ar(i)	принадлежащий или относящийся	dietary
-logist	-logus	специалист	cardiologist
-iatrician	-iatr	специалист	pediatrician
-plasty	-plastica	восстановительная пластическая хирургическая операция	gingivoplasty
-genic	-gen-	порождающий, порождаемый	cancerogenic
-logy	-logia	наука, дисциплина	physiology

Подобные задания вполне применимы и для анатомо-гистологической терминологии, так как многие конечные элементы представляют собой словообразовательные компоненты, широко используемые для образования анатомических терминов.

В целом анатомо-гистологическая терминология английского языка не вызывает сложностей в усвоении обучающимися, уже имеющими базовые знания латинского языка.

При этом можно выделить несколько моментов, традиционно вызывающих сложности у обучающихся и требующих дополнительного внимания преподавателя для снятия этих сложностей.

Основным вопросом, который заслуживает упоминания, является различная степень ассимиляции заимствованных единиц и связанные с этим проблемы. Как

известно, под ассимиляцией понимается процесс частичной или полной адаптации заимствованных слов к системе языка-реципиента в фонетическом, грамматическом, семантическом и графическом отношении [4].

Сохраняя исходный графический облик, большинство заимствованных медицинских терминов на основе греко-латинских элементов частично меняет звуковой облик, подчиняясь закономерностям строя английского языка, например: *bronchitis* лат. [bron'hitis] — англ. [brɒŋ'kaitəs], *cranium* лат. ['kranium] — англ. ['kreiniəm], *major* лат. ['major] — англ. ['meɪdʒə] Это приводит к необходимости регулярной отработки чтения определенных букв (как гласных, так и согласных) и буквосочетаний.

Частичная грамматическая ассимиляция, проявляющаяся в отсутствии ряда грамматических категорий, наиболее ярко отражается в использовании нерегулярных для грамматики английского языка, исконных латинских форм множественного числа имен существительных. Фактически можно утверждать, что примеры данного явления, предъявляемые в справочниках и учебниках как «исключения», не являются таковыми для студентов медицинских вузов при соответствующей подготовительной работе. Например:

Among the viral *hepatitides*, the immunopathogenesis of hepatitis B and C has been studied most extensively.

There are two *atria* in the heart.

The *venae cavae* are two large veins that return deoxygenated blood from the body into the heart.

На занятии преподаватель делает отсылку к соответствующим словарным формам существительных в латинском языке (*hepatitis*, *idis* f 3 скл., *atrium*, *i* 2 скл., *vena*, *ae* f 1 скл.), напоминает, как образуется форма множественного числа существительных в латинском языке, вспоминает вместе со студентами так называемое «правило среднего рода», которое объясняет наличие у английского слова *atrium* окончания *-a*. Необходимость обращаться к данному правилу возникает не раз, так как обучающиеся могут воспринимать формы заимствованных существительных, оканчивающиеся на *-a*, как существительные в форме единственного числа. Практика показывает, что наиболее часто это происходит с лексемами *bacteria*, *phenomena* и *criteria*.

Еще одна сложность, с которой сталкиваются обучающиеся, синтаксическое оформление многословных терминов. Это связано с различием грамматических

структур английского и латинского языков. Многие многословные термины подвергаются синтаксической ассимиляции в английском языке. Речь может идти, в частности, об изменении порядка слов – в английском языке определение предшествует определяемому:

лат. *plicae circularis* — англ. *circular folds*;

лат. *vena basalis superior* — англ. *superior basal vein*;

лат. *pars ascendens* — англ. *ascending part*.

Обратить внимание необходимо также на отсутствии флексий в английском языке. Иным способом в английском языке передаются и падежные отношения — несогласованное определение латинского языка, представляющее собой сочетание главного существительного в именительном падеже с зависимым существительным в родительном падеже, выражается в английском языке предложной конструкцией:

лат. *fascia manus* — англ. *fascia of the hand*

лат. *dorsum linguae* — англ. *dorsum of tongue*

лат. *apex pulmonis* — англ. *apex of lung*.

При изучении медицинской терминологии в рамках курса английского языка специальности опора на латинский язык не только способствует эффективному освоению нового лексико-грамматического материала, но и позволяет обучающимся с помощью преподавателя осознать, научиться разделять и корректно применять разные сферы медицинского общения: профессиональную коммуникацию, лексика которой наполнена заимствованиями из латинского языка, и коммуникацию «врач – пациент», в которой используется общеупотребительная лексика. В процессе обучения при выполнении заданий преподаватель акцентирует внимание студентов на актуальности данного вида работы, а именно, необходимости подбора адекватной лексики в зависимости от ситуации и участников общения: специальной, терминологической (*medical, technical words*) — в коммуникативной ситуации «врач – врач», неспециальной, общеупотребительной (*non-medical, lay words*) — в ситуации «врач – пациент».

Таким образом, для студента медицинского вуза латынь оказывается не «мертвым» языком, она активно задействуется и функционирует в англоязычных медицинских текстах. Базовые знания латинского языка медицинской терминологии в значительной степени облегчают освоение английского языка медицинской



коммуникации. Межпредметные связи дисциплин помогают обеспечить последовательность в формировании научных знаний и мировоззрения обучающихся. Они служат не только углублению, обобщению, систематизации знаний, но и оказывают влияние на активизацию познавательной деятельности, формирование общеучебных умений, самостоятельность мышления.

### **Список источников**

1. Sokolova, A. Y. Language of medicine: linguistic aspects / A. Y. Sokolova. — Text : electronic // Russian Linguistic Bulletin. — 2022. — № 3 (31). — DOI: 10.18454/RULB.2022.31.8.
2. Гавриленко, Н. Г. Проблема отбора грамматического материала при обучении эффективной коммуникации в системе «врач – пациент» / Н. Г. Гавриленко. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 2-й региональной научно-практической конференции, г. Тверь, 26 сентября 2013 года. — Тверь : Тверская гос. мед. акад., 2014. — С. 27–30.
3. О некоторых проблемах перевода англоязычных терминов на русский язык / Н. Г. Гавриленко, С. Н. Бельдиев, Д. Ю. Платонов, Т. В. Сороковикова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции, г. Тверь, 11 апреля 2019 года / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Тверской гос. мед. ун-т, 2019. — С. 218–222.
4. Sokolova, A. Y. Latinization of anatomical terminology in Russian and English / A. Y. Sokolova. — Text : electronic // Russian Linguistic Bulletin. — 2022. — № 5 (33). — DOI: 10.18454/RULB.2022.33.20.

## **НОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЛАТЫНИ**

Е. Г. Елсукова, старший преподаватель кафедры иностранных языков  
ФГБОУ ВО Читинская ГМА Минздрава России, г. Чита, Россия

В статье рассматриваются вопросы, связанные с новациями в обучении латинскому языку фармацевтической терминологии, описываются проблемы, посвященные терминологическим новшествам в Государственной Фармакопее XIV издания. Подчеркиваются трудности с их внедрением в педагогическую и профессиональную практику.

The article deals with issues related to the challenges in teaching the Latin language of pharmaceutical terminology, describes the problems related to terminological innovations in the State Pharmacopoeia of the XIV edition. The difficulties with their implementation in pedagogical and professional practice are emphasized.

*Ключевые слова:* обучение, латинский язык, фармацевтическая терминология, фармакопея, терминологическая компетенция.

*Key words:* teaching, Latin language, pharmaceutical terminology, pharmacopoeia, terminological competence.

На сегодняшний день очевидно, что требования современного мира и общества, предъявляемые к специалистам, в том числе к врачам, постоянно повышаются. Компетентностный подход в современном высшем образовании способствует формированию у обучающихся «знаний, умений, владений» и направлен на то, чтобы полученные компетенции специалисты умели применять в своей профессиональной деятельности. Среди универсальных и общепрофессиональных компетенций специалистов медицинского профиля выделяют терминологическую компетенцию, которая в дальнейшей профессиональной деятельности становится базой для формирования терминологической грамотности будущих докторов [1]. На кафедре иностранных языков обучение студентов направлено на формирование и других компетенций, в том числе коммуникативной.

Значимую роль в формировании терминологической компетенции играет латинский язык, выступающий в качестве метаязыка профессиональной деятельности в сфере медицины. Для фармацевтической терминологии было всегда характерно относительное постоянство, сохранялась оригинальная латинская грамматика и терминологический корпус латинизированных и латинских слов.

Однако, всплеск или даже «шторм» законодательной активности, которую мы наблюдаем в последние годы, вносит некоторую сумятицу в современную фармацевтическую терминологию и вызывает трудности во внедрение в образовательный процесс со студентами.

Фармацевтическая терминология отличалась долгое время постоянством. Однако, как отмечают исследователи, фармации свойственна и динамичность, что закреплено и прослеживается в государственных нормативных документах, приказах, стандартах и рекомендациях. Изменения наблюдаются в XIII издании и особенно в XIV издании Государственной Фармакопеи. Использование новых подходов к названиям лекарственного растительного сырья (ЛРС) и лекарственных препаратов (ЛП) на их основе впервые было регламентировано в ГФ XIII издания, вступившей в действие с 1 января 2016 г. Так, «при построении названий ЛРС на первое место было вынесено родовое и (при необходимости) видовое наименование растения в родительном падеже, за ним - название сырья и/или лекарственной формы в именительном падеже, например: боярышника плоды — *Crataegi fructus*; тысячелистника травы настой — *Millefolii herbae infusum...*» [1].

В свете новых требований с января 2022 года следует переходить на измененный порядок построения фармацевтических терминов. Поскольку Приказом Министерства здравоохранения России № 749 от 31 октября 2018 года было отменено действие предыдущих ГФ и введены в действие общие фармакопейные статьи и фармакопейные статьи, составляющие ГФ XIV издания. Для преподавателей латинского языка особый профессиональный интерес представляют тома 3 и 4 ГФ XIV. В этой связи необходимо введение в практику преподавания измененной структуры русских и латинских наименований лекарственных средств, которые заключаются в перестановке терминов, так как на первое место теперь ставится наименование лекарственной субстанции (в виде одного или нескольких действующих веществ) в родительном падеже, за которым следует название лекарственной формы, которое может иметь после себя согласованное определение. Рецепты теперь выглядят следующим образом, например

Recipe: Methothyriini tabulettas 0,01

Da tales doses numero 20

Signa: По 0,5 таблетки 3 раза в день

#

Recipe: *Salviae herbae foliorum infusi* 20,0 — 200 ml

Da.

Signa: Для полоскания

#

Recipe: *Sanguisorbae herbae extracti fluidi* 30 ml

Da.

Signa: По 40 капель 4 раза в день

#

Recipe: *Convallariae herbae tincturae*

*Valerianae officinalis radicum tincturae ana* 10 ml

*Crataegi fructuum extracti fluidi* 5 ml

*Mentholi* 0,5

Misce. Da.

Signa: По 15 капель 3 раза в день перед сном

#

Recipe: *Benzylpenicillini natrici* 1500000 ЕД

Da tales doses numero 40 in flaconibus

Signa: По 1500000 ЕД 4 раза в день

В практическом здравоохранении используют прописывание рецептов в сокращенном виде как, например

Rp.: *Natrii chloridi* 40,0

*Calcii chloridi* 1,0

*Kalii chloridi* 2,6

Ac. *glutamici* 5,0

Ac. *ascorbici* 10,0

Aq. pro inject. 1000 ml

M.D.S. Противошоковое средство. Внутривенно капельно по 200 мл.

Прослеживаются также изменения написания терминов в названиях кислот, натриевых и калиевых солей, как например, *Acidum ascorbicum*, *Benzylpenicillinum kalicum*. Интересным представляется применение написания комплексно-комбинаторной записи.

В 2022 году преподавателями кафедры секции латинского языка было издано для внутреннего пользования учебное пособие уже с данными нововведениями. Мы находимся сейчас в переходном периоде включения в образовательный процесс вышеперечисленных изменений [2]. Есть насущная необходимость нового издания учебника по латинскому языку, в частности, фармацевтического раздела. Необходимо также больше практики по обучению студентов этим новациям. В частности, есть вопросы по прописыванию масел, некоторых растений, свечей.

### **Список источников**

1. Бурдина, О. Б. Проблемы обучения фармацевтической терминологии и рецептуре в условиях изменения профессиональных и образовательных стандартов / О. Б. Бурдина, М. Н. Лазарева. — Текст : непосредственный // Преподавание классических языков в эпоху глобальной информатизации : сборник статей / под ред. Н. Г. Николаевой [и др.] ; сост. И. А. Рассохина. — Казань : Казанский гос. мед. ун-т, 2019. — С. 279–287.
2. Жилиева, О. А. Введение в фармацевтическую терминологию. Часть I : учебное пособие / О. А. Жилиева, Е. Г. Елсукова, П. П. Бадуреева. — Чита : Ред.-изд. центр Челябинской гос. мед. акад., 2022. — 105 с. — Текст : непосредственный.
3. Нечай, М. Н. Латинский язык для лечебных факультетов : учебное пособие / М. Н. Нечай. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. — 476 с. — Текст : непосредственный.

## **СТАНДАРТИЗАЦИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ ОБРАЗЦОВ ПРИ АМБУЛАТОРНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТА**

И. Ю. Курицына, старший преподаватель

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

В статье рассматриваются коммуникативные сценарии и речевые модули, предложенные Минздравом России в качестве стандартизированной модели для немедицинских сотрудников лечебного учреждения, в рамках профессионального речевого этикета.

The article deals with communicative scenarios and speech patterns proposed by the Ministry of Health of Russia as a standardized model for non-medical employees of a medical institution within the framework of professional speech etiquette.

*Ключевые слова:* пациент, медицинский регистратор, методические рекомендации, эффективная коммуникация, речевое поведение, этикетные формулы.

*Key words:* patient, hospital receptionist, guidelines, effective communication, etiquette formulas, speech behavior.

Медицинское обслуживание включает в себя не только непосредственную помощь врача, но и организационные этапы, оказывающие влияние на общее восприятие пациентом работы лечебного учреждения. Так же, как «театр начинается с вешалки», так и визит в лечебное учреждение начинается с обращения в регистратуру. От эффективности и коммуникативной стилистики этого этапа зависит настрой пациента и формирование его мнения о конкретном учреждении, иногда проецируемое на всю систему здравоохранения.

Современный пациент не довольствуется традиционно пассивной ролью, а проявляет стремление к активной коммуникации, желая быть услышанным и понятым медицинским сотрудником. В этой связи медицинскому персоналу принципиально важно владеть навыками правильного построения беседы с пациентом, нацеленной на разрешение лечебной ситуации, не ущемляя при этом надежд и ожиданий пациента.

Для внутреннего использования во многих лечебных учреждениях разработаны собственные корпоративные правила (образцы) общения медицинского сотрудника с пациентом. В 2022 году этические рамки коммуникативного взаимодействия медицинского работника с пациентом были более уточнены и конкрети-

зированы Минздравом России и зафиксированы в Методических рекомендациях (МР) № 12–22 для медиков и персонала больниц.

Входящие обращения в лечебное учреждение могут поступать различными способами и условно делятся на очные (через регистратуру) и дистанционные (колл-центр, портал Госуслуги, инфомат). В зависимости от целей все обращения можно разделить на информативные запросы и целевые обращения. Запросы информации — это обращения, направленные на получение любой информации («мне просто спросить», «я только уточнить»). Целевые обращения ориентированы на получение медицинской помощи. В Методических рекомендациях разработаны коммуникативные стандарты различных речевых ситуаций, начиная с первичного обращения пациента в регистратуру и до завершения отношений с лечебным учреждением, предложены стратегии разрешения коммуникативных конфликтов. Одним из ключевых блоков Методических рекомендаций стало описание требований к правилам общения с пациентами во время дистанционных консультаций.

Независимо от цели и формы обращений основным критерием при разработке стандартизированного коммуникативного образца медицинского работника авторы Методических рекомендаций выбрали коммуникативную компетенцию, объединяющую базовые принципы взаимодействия медицинского персонала с пациентом:

- ассертивный принцип (уверенность медицинского сотрудника в себе и своих действиях, ориентированных на сотрудничество и компромисс);
- деонтологический принцип (владение нормами профессионального поведения);
- этнокультурный принцип (умение реализовывать коммуникативные навыки с людьми различных этнических культур);
- социально-статусный принцип (умение выстраивать конструктивное общение с представителями разных социальных групп).

Следует отметить, что медицинские регистраторы и операторы колл-центров относятся к категории немедицинских работников лечебного учреждения и выполняют «функции, не связанные напрямую с оказанием медицинской помощи и не требующие наличия высшего или среднего медицинского образования» [1]. Специфика работы медрегистратора/оператора заключается в фиксации и обработке входящего обращения от пациента.

Коммуникативный образец, предложенный Минздравом России, очевидно, может являться своего рода инструкцией по построению ситуационно-обоснованных моделей речевого взаимодействия медицинского регистратора/оператора колл-центра. В документе прописаны коммуникативные сценарии (скрипты разговора) и речевые конструкции (речевые модули), рекомендованные в общении с пациентом. Также приводится перечень клишированных фраз, недопустимых для регистратора/оператора колл-центра в разговоре с больным. Так, немедицинским работникам не рекомендовано использовать скрипты разговора или речевые модули, провоцирующие конфликтную ситуацию. Недопустимы фразы и интонации, показывающие безучастность и безразличие, трактуемые как попытка уйти от ответственности, отражающие безынициативность или нежелание помочь. Также предлагается избегать фраз «нет», «нельзя», «не получится», «невозможно», вместо них лучше употреблять «я предлагаю», «получится, только если...». То же касается фраз «я не знаю», «ничего не можем сделать для вас», «вы меня не слышите», «это же не я вас неправильно проконсультировала», «а мы-то здесь причём?» Фразы-обвинения в общении с пациентом вообще не должны использоваться, например:

«не знаю, кто вам такое сказал»;

«это же не я вас неправильно проконсультировал (а)»;

«вы меня, конечно, извините, но»;

«вы что-то путаете»;

«вы меня не слышите»;

«что вас ещё не устраивает»;

словесные конструкции, возлагающие вину на пациента;

уменьшительно-ласкательные слова;

выражения «не могу» или «не сможем» [2].

Авторы методических рекомендаций считают, что приведенные выше фразы вызывают тревожность (стресс) и негативные эмоции как у регистратора/оператора колл-центра, так и у пациента. Это снижает эффективность оказания медицинской помощи.

Основным моментом построения эффективного общения является построение бесконфликтного общения. В Методических рекомендациях прописано, что медицинский регистратор или оператор колл-центра должен уметь «грамотно выстраивать ответы на любые возражения, четко и убедительно сформули-



ровать преимущества того или иного предложения, легко и безболезненно работать с жалобами» [1]. Умение вести диалог становится одной из основных характеристик личности медицинского и немедицинского персонала.

Для корректного и доброжелательного общения с пациентами, без применения оценочных суждений со стороны медицинского работника в адрес пациента, прямых или завуалированных оскорблений и фраз, не несущих конкретного смысла, авторы Методических рекомендаций предложили заменить «фразы-провокаторы» нейтральной по смыслу лексикой, с меньшей негативной «нагрузкой», которая подбирается с учётом конкретной речевой ситуации. В качестве альтернативы некорректным фразам в Методических рекомендациях предлагаются этикетные фразы иной фоностилистической направленности. При артикулировании предлагаемых фраз оператор колл-центра должен контролировать громкость, уровень тона, темп речи, выдерживать паузы и скорость элементов речевого потока.

Следуя стандартизированному коммуникативному образцу, медицинскому регистратору в беседе с пациентом рекомендовано придерживаться следующей схемы диалога:

- представиться, назвать своё имя и узнать, как можно обращаться к потенциальному собеседнику;
- задавать вопросы, на которые предполагается развёрнутый ответ (начинается со слов что? как? какой? сколько? почему?);
- до конца выслушивать ответы;
- сообщать необходимую пациенту информацию;
- следить за мимикой и жестами (при очном обращении).

К примеру, обращение к пациенту «женщина», «девушка», «молодой человек», «мужчина» следует заменять именем пациента или вежливой формой местоимения «Вы». Фраза «ваша проблема» заменяется «нашим вопросом» или «нашей с вами ситуацией». В употребляемых фразах должны просматриваться доброжелательность, заинтересованность, вежливость. По мнению авторов Методических рекомендаций данные фразы способствуют формированию конструктивного диалога, выработке партнерских отношений, снижению противодействия в конфликтной ситуации.

Парамедицинский дискурс представлен различными видами коммуникации. Её успешность, результативность рассматривается как динамический процесс с характерными вербальными и невербальными стратегиями и тактиками поведения. Передача

информации происходит с определенной интонацией и часто сопровождается жестами, мимикой, пантомимикой, изменением мизансцены общения.

Спецификой общения медицинского регистратора/оператора колл-центра с пациентом является то, что человек имеющий проблемы со здоровьем, порой бывает эмоционально неустойчив, некорректен, нетерпелив. При этом, доверяя свое здоровье и тайны, пациент рассчитывает на сочувствие, профессионализм, порядочность и участие к себе со стороны медицинского работника. У пациента могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, обычном разговоре. Соответственно диалог с пациентом следует вести так, что бы все сказанное воспринималось однозначно и понятно, чтобы разъяснения и ответы на вопросы были правильно сформулированы и убедительны.

Беседа с пациентом — целая наука и настоящее искусство. Овладеть им в совершенстве невозможно без культуры речи. Заучивание и каждодневное использование стандартных речевых модулей неэффективно в случае наличия у оператора колл-центра речевых ошибок в общении или отсутствие грамотности речи. Необходимо не только иметь определенные знания в медицинской сфере, но и уметь излагать свои мысли. Вербальное и невербальное поведение партнеров в каждой конкретной ситуации общения должно выступать в единстве, основываясь на базовых принципах коммуникации. При этом модель речевых модулей или скриптов может различаться вариативностью, в зависимости от личности пациента и конкретной ситуации. Конечно, вежливое обращение и качественное оказание медпомощи не связаны напрямую. Если же первый этап коммуникативного взаимодействия при амбулаторном обращении будет верным, выше шансы, что и остальные этапы лечения пройдут успешно и бесконфликтно.

### **Список источников**

1. Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры. Методические рекомендации N 12–22 (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 30 ноября 2022 года) : сайт. — URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405772431/?ysclid=lg4ylhalvx326529584> (дата обращения: 03.04.2023). — Текст : электронный.
2. Российская газета : сайт. — URL: <https://rg.ru/2022/12/21/po-shpargalke.html> (дата обращения 10.04.2023). — Текст : электронный.

## **ВЛАДЕНИЕ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКОМ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ**

**А. В. Менжинская-Войтова, старший преподаватель**

**И. Ю. Абедровская, старший преподаватель**

**ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь**

В статье обсуждается вопрос о преимуществе владения иностранным языком для достижения успешной карьеры. Описывается положительное влияние изучения иностранного языка на деятельность головного мозга.

The article discusses the advantages of foreign language skills in the process of making a successful career. It describes the positive effect of foreign language learning on human brain activity.

*Ключевые слова:* построение карьеры, коммуникация, глобальная экономика, тренировка мозга, умственная работоспособность.

*Key words:* making a career, communication, globalized economy, brain training, mental performance.

В последние годы все большее значение приобретают такие социальные навыки, как общие коммуникативные навыки, умение налаживать связи, понимание различных культур и навыки презентации. Кроме того, существуют важные навыки, такие как цифровые компетенции. На фоне глобализации экономики существует необходимость сделать международную карьеру, и компании приветствуют участие в соответствующих программах повышения квалификации, например, курсах корпоративного языка.

Язык — это не искусственно созданная структура, а живое устное и письменное средство общения, которое постоянно меняется. То, как мы говорим и выражаем себя, напрямую связано с нашей культурой и отличается, хотя мир кажется все более взаимосвязанным. Это очень помогает внедрить себя в иностранную культуру и понять, как там люди воспринимают мир.

Глобализация требует от персонала общения со своими иностранными коллегами и знания их культур. Успех традиционных промышленных секторов может быть достигнут только в том случае, если они смогут выстоять перед лицом структурных изменений с такими мегатенденциями, как глобализация и интенсифика-

ция знаний. Фундаментальной основой для глобализации и интенсификации знаний является коммуникация, которая должна бесперебойно функционировать за пределами границ, чтобы быть успешной.

При свободном владении иностранным языком легче найти работу (причем, более высокооплачиваемую), будет больше выбора и перспектив карьерного роста.

Владение иностранным языком позволит свободно ориентироваться во время командировок за границу и представлять свою организацию и страну на международном уровне.

При всеобщей компьютеризации необходимо знание иностранного языка (в частности, английских терминов). Знание иностранного языка позволяет быстрее находить нужную информацию из первоисточников.

Владение более чем одним языком является серьезной проблемой для нашего мозга и, по мнению нейробиологов, даже гарантирует, что серое вещество будет расти и становиться лучше объединенным в сеть. Это имеет отношение к умственной деятельности в том возрасте, когда мы находимся в процессе построения карьеры и сохранения своих позиций на работе.

Когда мы становимся старше, серое вещество начинает уменьшаться, но наша умственная работоспособность по-прежнему необходима. Мыслить и говорить более, чем на одном языке, особенно сложно для исполнительных функций мозга. Они гарантируют, что мы можем концентрироваться и поддерживать сосредоточенное внимание.

При многоязычии мозгу удастся еще лучше концентрироваться на релевантной информации и блокировать ненужную просто потому, что он приспособлен к тому, чтобы сохранять обзор в языковой путанице и отличать важное от неважного.

Изучение языков помогает мозгу и увеличивает его объем в соответствующих областях, подобно тому, как растут мышцы, когда вы их тренируете. Обучение иностранному языку также обеспечивает улучшение когнитивных функций, основанных на исполнительных функциях: гибкое переключение между задачами, например, тормозной контроль, рабочая память и контроль внимания. Мы извлекаем из этого еще большую выгоду, когда речь идет о тяжелой и ответственной работе. Важно то, насколько хорошо мы знаем язык, как часто мы его используем и соблюдаем грамматическую точность.

Общение всегда состоит не только из речи и слов. Важны также мимика, жесты и интонация. Предположим, что хотя бы одна часть отсутствует, например, потому что вы не можете видеть друг друга по телефону, и вам нелегко понять эмоции другого человека. В этом случае ваши языковые навыки должны быть еще лучше, чтобы общаться без недоразумений. Кроме того, важно знать, как ответить на вопрос, на который в чужой культуре могут ответить иначе.

Еще лучшее знание иностранного языка следует учитывать, если вы хотите общаться как менеджер. Ведь успех зависит еще и от того, насколько хорошо работает обмен информацией с командой. Недостаток языковых навыков, с другой стороны, может оказать серьезное влияние на приемлемость и, следовательно, на результаты совместной работы и может нанести ущерб карьере.

В любом случае применимо следующее: если вы можете не только идеально обсуждать деловые темы с другим человеком, но также освоить светскую беседу и знать, сколько светской беседы требуется на определенные темы в другой культуре, вы получите преимущество как в проекте, так и в вашей карьере.

При этом часто необходимо умение создавать и проводить презентации. Успех презентации обычно зависит от трех вещей: насколько хорошо подготовлены соответствующие слайды визуально и с текстом, интересна ли тема и структурирована ли она, и, конечно же, как она представлена. В этом зачастую больше подводных камней, чем кажется на первый взгляд, и это справедливо даже для таких, казалось бы, простых переводов, как с английского на русский и наоборот. Причина в том, что здесь нужен не длинный текст, а короткие и точные выражения, которые нужно хорошо формулировать и требовать глубокого знания языка для достижения желаемого эффекта. Способ представления также отличается от культуры к культуре. Факты и цифры не обязательно являются ключом к успеху везде. Также очень важно привлечь аудиторию и донести до нее свою тему.

В настоящее время при написании электронных писем в деловом контексте часто используют приложения для перевода. Однако они не делают изучение языка лишним. Даже приложения, которые описываются как работающие с искусственным интеллектом, на самом деле подходят только для перевода фактических текстов. Например, они не понимают эмоций, что может легко привести к неприятным недоразумениям. Чтобы иметь возможность проверять переводы, вам необходимы ваши языковые навыки. Таким образом, в устном деловом общении при-

ложения для перевода являются разрушительным фактором, как легко себе представить. Сначала говорите или печатаете в приложении, затем слушаете или читаете перевод, прежде чем другой человек ответит таким же образом — разговоры в реальном времени занимают в три раза больше времени. Не говоря уже о том, что такой подход не свидетельствует о профессионализме.

Человек, который может точно выражать свои мысли, осознавая культурные особенности, достигает своей цели и будет развиваться дальше как в профессиональном плане, так и в эмоциональном плане, будь то член или лидер команды. Знание более чем одного языка также способствует развитию навыков межличностного общения, таких как эмпатия, которые необходимы для здоровых отношений между сотрудниками, терпимости и уважения, а также улучшает способность адаптироваться к новой рабочей культуре.

### **Список источников**

1. Денисенко, Е. Г. Владение иностранным языком как фактор карьерной успешности / Е. Г. Денисенко. — Текст : непосредственный // Личность и бытие: субъектный подход : материалы II Всероссийской научно-практической конференции / под ред. З. И. Рябикиной, В. В. Знакова. — Краснодар, 2004. — С. 204–206.
2. Сергина, С. А. Владение иностранным языком как критерий успешности профессиональной деятельности персонала / С. А. Сергина. — Текст : непосредственный // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. — 2013. — № 2. — С. 24–29.
3. Тугушева, А. Р. Влияние представлений о социальной успешности на профессионально-личностное самоопределение / А. Р. Тугушева. — Текст : непосредственный // Вестник Костромского гос. ун-та. Серия: Гуманитарные науки: Акмеология. — 2006. — Т. 12, № 4. — С. 75–79.
4. Фонарев, А. Р. Психологические особенности личностного становления профессионала / А. Р. Фонарев ; Российская акад. образования ; Московский психолого-социальный ин-т. — Москва : Воронеж : Московский психолого-социальный ин-т, 2005. — 560 с. — Текст : непосредственный.

## **СПОСОБЫ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ**

Г. В. Митерева, старший преподаватель

И. И. Тихонович, старший преподаватель

ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальным для высококвалифицированных специалистов является их способность и потребность в самостоятельном приобретении знаний. Самостоятельная работа даёт возможность практического применения знаний, умения творчески использовать накопленный опыт для личного развития. Правильно организованная продуктивная самостоятельная работа может не только научить студентов самостоятельному приобретению знаний, но и делать выводы самостоятельно, мыслить творчески, ориентироваться в потоке всевозможной информации. В последнее время резко возросла потребность в интенсификации самостоятельной работы. Важно выбрать эффективные формы самостоятельной работы и правильно её организовывать. Этот вид работы важен при обучении иностранному языку.

The ability and need for independent knowledge acquisition is relevant for highly qualified specialists. It gives the opportunity to acquire practical knowledge, ability to use creatively the accumulated experience for personal development. Properly organized productive independent work can not only teach students to use knowledge independently, but also to be able to make their own conclusions, think creatively and find the required information. Currently the need for independent work intensification has increased dramatically. It is important to choose effective forms of independent work and organize it correctly. This type of work is important in learning a foreign language.

*Ключевые слова:* формы организации обучения, самостоятельное приобретение знаний, организация самостоятельной работы, практическое применение знаний, опыт для личного развития.

*Key words:* forms of training organization, independent acquisition of knowledge, organization of independent work, practical application of knowledge, experience for personal development.

При подготовке высококвалифицированных специалистов актуальным является их подготовка к переходу в информационное общество, формирование у обучающихся способности к самообразовательной деятельности, потребности в само-

стоятельном приобретении знаний, возможности их практического применения, а также умения творчески использовать накопленный опыт для личного развития.

Важно не только научить студентов самостоятельно приобретать знания, но и уметь делать выводы на базе этих знаний, мыслить творчески, пополнять свои знания, ориентироваться в потоке всевозможной информации. В этой связи важным и нужным становятся знания в области медицины, способность осуществлять самостоятельный поиск необходимой информации, решать проблемы, связанные с будущей профессиональной деятельностью.

Достижение целей формирования личности специалистов в вузе возможно при организации такого обучения, которое обеспечивает трансформацию познавательной деятельности в профессиональную, с соответствующей сменой потребностей, методов, целей, средств и действий.

Наиболее эффективно это может быть реализовано в учебном процессе во время самостоятельной работы под руководством преподавателя.

На занятиях по иностранному языку самостоятельная работа способствует решению следующих задач:

- углубляет и расширяет знания;
- расширяет мировоззрение;
- развивает творческую активность, интеллектуальный потенциал, самостоятельность;
- воспитывает любовь и уважение к родному краю;
- повышает мотивацию к изучению иностранного языка и культуры другой страны.

В методике существуют различные организационные формы самостоятельной работы: индивидуальная, в парах, в небольших группах и так далее [2, с. 706].

Важно выбрать эффективные формы самостоятельной работы, определить содержание этих форм, правильно её организовать с учётом психологических особенностей, уровня развития как каждого студента, так и коллектива в целом.

Несмотря на множество исследований по самостоятельной работе студентов интерес к данному вопросу не уменьшается. Наоборот, в последнее время резко возросла потребность в интенсификации самостоятельной работы при обучении иностранным языкам в неязыковом вузе.



В XX веке самостоятельная работа рассматривалась в контексте регулирования со стороны преподавателя и понималась как дополнение к аудиторной работе. Позже появилось понимание того, что самостоятельная работа должна способствовать движению от процесса учения, управляемого преподавателем, к учению полностью самостоятельному [1, с. 122].

Итак, самостоятельная работа — это одна из форм организации обучения, которая не требует непосредственного контакта с преподавателем. Управление этой работой может переходить непосредственно через предназначенный для этой цели учебный материал.

Но, бесспорно, этот вид работы очень важен при обучении иностранному языку, так как, во-первых, в неязыковых вузах на иностранный язык отводится мало часов и, во-вторых, самостоятельная работа способствует пополнению знаний.

В последних работах лингвистов подчеркивается то, что самостоятельная работа осуществляется как вне учебного времени, так и является важной составной частью аудиторных занятий.

Самостоятельную работу нельзя понимать только как индивидуальную работу студентов. Значительно большим потенциалом обладает парная (групповая) форма самостоятельной работы, а именно, обучение в сотрудничестве, главная идея которого — учиться вместе.

Такой вид деятельности, где каждый несет ответственность за общий результат работы, а более слабые получают дополнительную мотивацию, позволяет каждому студенту внести свой вклад в общее дело.

Несомненно, что преподаватель должен подготовить студентов к такому роду деятельности, познакомив их с различными учебными стратегиями, и, прежде всего, со стратегией работы с текстом; научить студентов выделять опорные структуры в тексте, не обращать внимание на незнакомые слова, которые не влияют на общее понимание текста; выделять главную идею и делать выводы.

Также важным аспектом является обучение студентов использованию справочных материалов, в том числе, словарей. Современные технологии предоставляют множество возможностей использования справочных ресурсов, и в этом плане преподаватель должен быть профессионалом и идти в ногу со временем.

Следующей задачей преподавателя является постепенное нарастание удельного веса учебной автономии. Чтобы развивать способность студентов к самостоятель-

ной работе с языком, нужно поэтапно передавать студенту инициативу, опираясь на уже сформированный опыт самостоятельного использования учебных действий, то есть необходимо создать такие условия, при которых студент видит и использует возможности овладения иностранным языком, ориентируясь на интересные ему формы и способы изучения иностранного языка в контексте его будущей деятельности.

В рамках управляемой самостоятельной работы, которая реализуется на занятии и при выполнении домашних заданий, должны решаться поставленные задачи, ориентированные на освоение основных знаний.

Так, на этапе целеполагания, при введении новых тем, преподаватель может предложить студентам общую коммуникативную цель — научиться, например, рассказать о системе медицинского образования в Англии. Студенты должны иметь возможность конкретизировать эту цель (кто-то может уделить особое внимание подготовке терапевтов, а кто-то описанию структуры медицинского университета). Таким образом, преподаватель предлагает учебные задачи, а студент в некоторой степени конкретизирует их за счет выделения наиболее значимых. Задачи преподавателя заключаются в контроле этой деятельности.

Это проявляется в том, что по итогу студенты смогут выбрать формы выполнения задания (читать текст индивидуально или в форме коллективного чтения), а также самостоятельно расставить содержательные акценты (пересказать этот текст, прокомментировать или на его основе составить свой рассказ).

Логическим продолжением такого занятия являются дифференцированные домашние задания: студент может выбрать в рамках единой темы один из предложенных материалов (это могут быть текст, аудиозапись, видеофильм), а также форму выполнения этого задания, что, определённо, будет способствовать достижению личностных результатов, пониманию и принятию ответственности за свой выбор. Для реализации самостоятельной учебной деятельности хорошо подходит метод проектов, который может быть использован на занятиях иностранного языка практически по каждой теме. Эта технология включает в себя совокупность исследовательских, поисковых и проблемных методов, то есть творческих методов. Современные технологии позволяют объединять групповую работу в свободное от занятий время с использованием сети интернета.

Что дает такая работа? Безусловно, она повышает интерес к выбранной теме, активизируя использование изученного текста, грамматического материала, и по-

могает применять знания на практике. Также проектная деятельность способствует развитию памяти, воображению, процессов мыслительной деятельности и творческих подходов к выполнению поставленной задачи.

Воспитательной целью такой деятельности является приобретение навыка работы в группе, способность уважать мнение других участников проекта, а также воспринимать дело всей группы как личностно-ориентированную деятельность.

Кроме проектов могут быть использованы другие методы и формы работы, включая смешанное обучение, аудиторную работу и поиск материалов онлайн. Таким образом, можно организовать индивидуальный просмотр фильма, а на занятиях провести его анализ, привлекая других студентов к комментированию презентации. Такой тип самостоятельной работы, конечно, способствует развитию творческой самореализации студентов.

Самый высокий уровень индивидуализированной компетенции достигается, когда студент сам планирует свою индивидуальную работу на какое-то время. Это может быть просмотр фильма, ознакомление с телевизионными и интернет-новостями, чтение статей из медицинских журналов, общение с носителями языка в социальных сетях. Работа обсуждается в конце каждого месяца, что можно делать и в дистанционном режиме. Подобная модель предлагает максимальную степень ответственности за самостоятельную организацию этой деятельности.

Итак, образовательные цели при всех способах самостоятельной работы могут быть самыми разными, но сама работа, без всякого сомнения, расширяет кругозор и повышает мотивацию студентов для владения иностранным языком.

### **Список источников**

1. Зимняя, И. А. Психология обучения иностранным языкам в школе / И. А. Зимняя. — Москва : Просвещение, 1991. — 122 с. — Текст : непосредственный.
2. Самсонова, Н. И. Самостоятельная работа студентов при обучении иностранному языку / Н. И. Самсонова. — Текст : непосредственный // Молодой учёный. — 2016. — № 7(111). — С. 706.

## **ВИЗУАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В НАУЧНЫХ СТАТЬЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕМАТИКИ**

Ю. Н. Наumenко, канд. филол. наук

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,

г. Воронеж, Россия

Работа посвящена выявлению и анализу национально-специфических особенностей вербализации результатов исследования при помощи иллюстративно-графического материала в научных статьях медицинской тематики. Материалом исследования послужили тексты оригинальных англоязычных медицинских статей. В результате проведенного анализа сделаны выводы о наличии лексико-синтаксических конструкций, использующихся для вербализации результатов исследования при помощи иллюстративно-графического материала в англоязычном медицинском дискурсе.

The paper deals with a graphic illustration as a means of scientific data verbal representation in English medical discourse. The material of the research includes texts of authentic English medical articles. The results demonstrate the presence of lexical and syntactic peculiarities of scientific data verbal representation in English medical discourse.

*Ключевые слова:* научная статья, иллюстративно-графический материал, медицинский дискурс.

*Key words:* research article, graphic illustration, medical discourse.

В настоящее время в сфере международной научной коммуникации мы все чаще сталкиваемся с необходимостью оформления результатов своих изысканий на английском языке. При этом русскоязычные авторы сталкиваются с рядом лингвистических и лингвокультурных проблем, спектр которых очень широк [1, с.162; 2]. Особого внимания заслуживают проблемы, вызванные национально-культурными особенностями восприятия и порождения научного текста, спецификой научного мышления на родном языке. В связи с этим выявление и анализ национально-специфических черт англоязычного медицинского дискурса является одним из актуальных направлений лингвистических исследований.

Среди разнообразия медицинских публикаций именно научная статья как универсальный жанр получила особое распространение в последние десятилетия развития медицинской науки.

Таким образом, целью нашего исследования явилось выявление и анализ национально-специфических особенностей вербализации результатов исследования при помощи иллюстративно-графического материала в тексте англоязычной медицинской статьи.

Материалом исследования послужили статьи ведущего британского научного издания *The British Medical Journal* (BMJ) за 2022 год. Общий объем проанализированного материала составил 20 научных статей. Авторами статей BMJ являлись ученые-медики – носители английского языка.

В работе мы сфокусировали свое внимание на таких важных в структурном и содержательном плане разделах научной статьи как *Results*, *Discussion* и *Conclusion*.

Раздел научной статьи *Results* содержит обзор основных результатов, полученных в ходе исследования, описание каждого из них по отдельности с необходимыми пояснениями, а также может содержать описание возникших в ходе исследования затруднений. Раздел *Results* характеризуется большим объемом иллюстративно-графического материала. Иллюстративно-графический материал служит эффективным средством вербализации результатов научных изысканий в достаточно лаконичной форме, что объясняет его регулярное присутствие в текстах научных статей. Наличие иллюстративно-графического материала — таблиц, диаграмм, гистограмм, графиков, схем, рисунков в тексте статьи — одна из важнейших отличительных черт научного стиля, а их вербальная интерпретация находит свое отражение в разделах *Discussion* и *Conclusion* научных статей.

Так, в текстах исследуемого корпуса вербализация результатов исследования при помощи иллюстративно-графического материала происходит за счет лексико-синтаксических конструкций, в состав которых входят лексические единицы (имена существительные), обозначающие собственно сам иллюстративно-графический материал — *table*, *figure*, в сочетании с глаголами со значением речемыслительной деятельности, а именно, *list*, *summarise*, *report*, например: *Table 1 and table 2 summarise the studies ... Table 1 summarises the characteristics of the study... Table S5 lists the key excluded studies... Table S18 reports the main characteristics of the eligible studies...*; глаголами со значением «демонстрации», «иллюстрирования» *present*, *represent*, *show*, например: *Table 1 presents potential benefits and limitations of use of ... Figure 3 represents the network plots for each of the ana-*

*lysed outcomes... Figure 3 shows the outcomes of ...*; глаголами со значением «обеспечения, добавления» *provide*, например: *Figure 2 provides details of the methodological quality ratings... Table 2 provides data on the outcome measures at baseline...*; глаголами со значением «описания» *describe, depict*, например: *Table 1 describes characteristics of the study population... Figure 1 depicts the study design.*

Примечательно, что глаголы, в выше приведённых примерах, используются только в настоящем времени, в активном залоге и сочетаются с прямым дополнением (*the studies, the characteristics, benefits, limitations, outcomes, details, data*).

Можно заключить, что англоязычные авторы медицинских статей регулярно используют вышеперечисленные лексико-синтаксические конструкции при вербализации результатов исследования при помощи иллюстративно-графического материала.

Использование выявленных языковых единиц может быть эффективным для русскоязычных авторов с точки зрения приближения своих текстов к нормам англоязычного медицинского дискурса.

### **Список источников**

7. Стеблецова, А. О. Заголовки английских и русских научных статей: дискурсивно-когнитивные особенности / А. О. Стеблецова, Ю. Н. Науменко. — Текст : непосредственный // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Серия: Гуманитарные науки. — 2019. — № 4 (820). — С. 161-179.
8. Стеблецова, А. О. Лингвистические несоответствия при переводе медицинского текста как проявление интерференции русского языка / А. О. Стеблецова, И. И. Тарабарив. — Текст : непосредственный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2018. — № 10–2 (88). — С. 351–355.

## **СПЕЦИФИКА «МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА» В ПЕРИОД XVII ВЕКА (НА МАТЕРИАЛЕ ДОКУМЕНТОВ «ДЕЛА АПТЕКАРСКОГО ПРИКАЗА»)**

О. Г. Олехнович, канд. филол. наук, доцент; О. Н. Анциферова, канд. филол. наук; В. Г. Чернышова

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Для настоящего исследования были выбраны тексты из документов «Аптекарского приказа», относящиеся к разным речевым жанрам, освещающие все стороны дискурсивной деятельности медицинских специалистов. Медицинский дискурс в России формировался на достижениях западноевропейской науки, поскольку основная деятельность была сосредоточена в руках квалифицированных иностранцев. Они создавали медицинские документы на латинском языке, а русские переводчики их переводили. Так появлялись первые русские документы.

*For this study, texts from the documents of the Pharmaceutical Order were selected, relating to different speech genres, covering all aspects of the discursive activities of medical specialists. The medical discourse in Russia was formed on the achievements of Western European science, since the main activity was concentrated in the hands of qualified foreigners. They created medical documents in Latin, and Russian translators translated them. This is how the first Russian documents appeared.*

*Ключевые слова:* дискурс, медицинский жанр, рецепт, сказка, роспись, список.

*Key words:* discourse, medical genre, prescriptions, tales, questioning speeches, catalogues.

До настоящего времени понятие «дискурс» до сих пор не имеет однозначного и общепринятого определения. В отечественной лингвистике достаточно авторитетным является определение дискурса, предложенного Т. А. ван Дейком: «Дискурс — это существенная составляющая социокультурного взаимодействия, характерные черты которого — интересы, цели, стили. Изменения и ограничения находят свое проявление в дискурсе в виде определенных тематических репертуаров. Своеобразное ограничение — ограничение, накладываемое сферой деятельности» [2, с. 53].

Все исследователи, так или иначе, связывают дискурс с формированием текста, который является результатом определенной ситуации. Мы ограничимся анализом медицинского дискурса XVII века в России, проследим за механизмом его

формирования на примере текстов, когда медицина как дисциплина только начала свой профессиональный путь. Этот факт не означает, что к дискурсу в рассматриваемый период даже не стоит приближаться.

Наоборот, применение диахронического подхода может расширить представление о понятии «дискурс». По мнению В. М. Лейчика, до середины XX века слово было хорошо известно, но оно имело «достаточно диффузную семантику, смешивалось со словом «речь» в различных употреблениях и несло на себе отпечаток этимологического значения» [3, с. 64].

В. М. Лейчик считает, что слово «дискурс» было зафиксировано в 1503 г. в форме *discourir* ‘бегать туда-сюда, пробегать туда-сюда’. Эти прямые значения встречались вплоть до XVI века [3, с. 64].

В России впервые термин *ди́скурс* (с ударением на первом слоге) фиксируется в СРЯ XVIII в. 1709 (диш- 1711) и *дискурс* 1746, а и у, м. Лат. *discursus*, через пол. *dyskurs*, *dyskurs*, нем. *Discurs*, фр. *discours*. в значении *Разговор, беседа (обычно в речи дипломатов). Речь, публичное выступление. Диспут, прения, спор.* [5, с. 137].

Многообразие жанров медицинских документов лишь подчеркивало ситуацию эволюции научной мысли в области медицины. Созданию медицины способствовало создание государственного медицинского учреждения — Аптекарского Приказа, который распоряжался всем медицинским делом в России. Создаваясь в рамках приказно-деловой документации, текст, относящийся к медицине, с одной стороны, отличался относительной устойчивостью своей структуры; с другой, — своим медицинским содержанием.

Для настоящего исследования были выбраны тексты из документов Аптекарского приказа, относящиеся к разным речевым жанрам, освещающие все стороны дискурсивной деятельности медицинских специалистов. Своих врачей в России не было, поэтому медицинских специалистов приглашали из-за границы. В этом и была особенность становления русской медицины – она опиралась на достижения западноевропейской науки, а медицинские документы создавали иностранцы, которые были высококлассными специалистами. Вот характеристика на одного приглашенного доктора: *Докторскому делу учился 17 лет — 6 лет в г. Лейпциге, 3 года в Страсбурге, 2 года в Лейдене (Голландия), 1 год в Оксфорде (Англия), по 1,5 года в Париже и Монпелье (Франция), 2 года в Па-*



дуе (Италия), где получил Свидетельственный лист. Понимает и пишет на 6 языках — цесарский, латинский, французский, итальянский, голландский и английский [4, ед. хр. 1178].

Отметим, что продуцирование текста в полной мере зависит от влияния «конкретно-исторической ситуации» [3, с. 280], которая определяется состоянием развития медицинской науки в современном мире и от направленности дискурса на адресата.

Деятельность иностранных специалистов положила начало традиционно высокому уровню лечебной работы в России.

Каждый документ, как правило, имел свое название и предопределял появление лишь определённого, предписанного ему сценария. Уже в начальный период тексты разных жанров отличались своей композиционно-структурной стереотипностью, соответствующей стилистикой и имели определенную коммуникативную цель. Особенно важно отметить, что впервые в текстах появляются слова «с первичной терминологической номинацией, вторичной по отношению к естественному языку» [1, с. 40]. Новые термины в большом количестве функционируют в текстах медицинского содержания.

Среди основных жанров медицинского дискурса рассматриваемого периода довольно устойчивыми можно считать *сказки* (истории болезни, медицинские справки, медицинские экспертизы, сочинения научного характера); *рецепты*; документы информативного характера (*рописи, списки*). В отличие от современных научных текстов, они еще не отличались системностью, объективностью, но каждый текст можно считать релевантным, учитывая научный и языковой фон рассматриваемого периода — донаучное развитие медицины и слабую нормированность русского языка XVII века, когда термины далеко не всегда обеспечивали функциональную поддержку.

Медицинские тексты отличались не только медицинской направленностью, но и использованием латинского языка, без знания которого не допускали до медицинской практики. Большинство документов, где использовался латинский язык, переводилось.

Рассмотрим документы, которые стали продуктом дискурсивной деятельности высококлассных для рассматриваемого периода специалистов. Информация об

участниках медицинского дискурса (в основном врачей, аптекарей и больных) систематически появлялась в документах Аптекарского Приказа.

К документом такого типа относились *списки*, в которых перечислялись фамилии и имена, занимаемые должности — *лѣкарского дѣла ученики* [4, ед. хр. 1311], *лѣкари иноземцы* [4, ед. хр. 1317]. Например, *Списокъ Аптекарского Приказу чиновнымъ людемъ. (1682, 27 апрѣля)*. Не считая обслуживающий персонал (истопники, сторожа), это довольно внушительный список – более 50 человек [4, ед. хр.1364].

Кроме общих терминов (доктор, лекарь, алхимист), в документах появляются узкие специалисты — *гортанной лѣкаръ* [4, ед. хр. 1306], *костоправъ, костоправного дѣла ученики* [4, ед. хр. 1311], *чепучиннаго дѣла мастеръ* [4, ед. хр. 1345], *окулисть* [4, ед. хр. 741] и др.

Другой разновидностью информативного документа были *рописи* (купленных лекарств, медицинских инструментов). Кроме тематического разнообразия они отличались объемом информации.

Номенклатурные образования в жанрах такого рода не несут особой функциональной нагрузки, но часто дают дополнительную информацию, расширяя информацию о перечисленных предметах — о лекарственной форме, о количестве вещества, стоимости, условиях отпуска, месте сбора лекарственного сырья, информации о приготовлении и т.п.

*Рецепт* по своим коммуникативным возможностям превосходит информативные документы, поскольку синтагматическая организация текста включает не только номинативную часть, но и императивные конструкции, определяющие сюжет сценария. Императив ориентирует аптекаря действовать в соответствии с сюжетом. В связи с этим названия лекарства и его составляющих по-разному экстраполируют одно и то же наименование – секреты приготовления, способы употребления, показания к применению и др. Именно рецепт дает возможность раскрыть онтологическую специфику лекарственных средств и даже определить механизм формирования их названий.

Очень редко рецепты переводилась целиком, в основном переводчики обращали внимание на ингредиенты, а не на приготовление из них лекарства. Приведем небольшой отрывок из рецепта и соответствующего перевода.

23 ianuarius 1666 z.

Rad[icula] Alt[er]i 3iii

rad[icum] Ireos 3ii

fol[iorum] Centauri[i] minoris

cu[m] caulis Mvi

Bursae pastoris

Citerach a a Mib

Juniperi fracti non contusi

a a 3vi

m[isce] f[iat] decoction. Подпись врача.

23 января 1666 г.

Корени проску[р]нику бо[л]шово че[т] фу[н]та

Корени фья[л]коваго s [6] золо[т][ников]

Травы Се[н]тауриу[м] минори [с]

[сстеблями] го[р]сть

Травы чижова гла[зу] по[л] го[р]сти

Сетера[х] по[л] го[р]сти

Яго[д] мо[ж]жевеловы[х] [не истолченных] по

s [6] золо[т][ников]

Все смешать и варить и парить.

[оп. 2, ед. хр. 797, л. 14–15]

В представленном образце усматривается не только специфический сценарий, но и определенный графический порядок, значительно отличавший его от других жанров.

Из всех разновидностей документа самым сложным по своим структурно-стилистическим особенностям являлись *сказки*.

Создаваемый текст, с одной стороны, заполнялся по определенным стандартам, с другой — продуцировался автором, обладающим определенным опытом и набором профессиональных знаний, которые часто выходили за рамки формуляра. Это было связано с выбором лексических единиц, навыками владения языком, который автор использовал в процессе создания текста. Текст часто зависел от самого процесса общения с больным, состояние которого являлось объектом профессионального исследования.

Приведем в качестве примера отрывок одной из разновидностей *сказки* — медицинскую экспертизу.

(1682 после 3 апр[еля]) И дохтуръ Захарей Фандергулстъ по допороу сказалъ де у него...болѣзня была огневая прилипчивая съ пятнами, а по латыни фебрисъ петихіались; и отъ той болѣзни давал ему лекарства потовые іюлепъ; а послѣ лекарства припала апоплексіа — а по руски ударная болѣзнь; и отъ того скорою и нечаемою смертью умре. Arnoldus Van der Gulst. med. doctor.

*Дохторъ Андрѣй Келлерманъ смотря тѣло умѣршаго Федора Нелединского сказал: примѣтъ ни какихъ на тѣлѣ ево, чтобъ его смерть учинилась отъ лекарствъ — не видалъ, а по инымъ примѣтамъ признаваетъ онъ, что ево не стало отъ прилипчивой злой огневой болѣзни. [4, ед. хр. 1361].*

Справки как разновидность сказки в отличие от *Истории болезни* имели только результат обследования определенного больного:

*190 г. (1681) Октября въ 4 день По осмотру лѣкарей — Василья Подуруева, Кузмы Семенова, Афонася Мартынова, да ученика Ивана Остолопова у вышеписанныхъ стрѣлцовъ болѣзни. У Тимошка Артемьева болѣзнь: в правую ногу былъ изпищали раненъ, и отъ того нога сохнетъ. У Стеньки Барабаничика болѣзнь: у левой руки жилы свело и тою рукою худо владѣть и негнетца. И тѣмъ стрѣлцомъ, за такими болѣзнями Государевы службѣ служить не мочно. (На обороте) Василей Подуруевъ руку приложилъ. Кузма Семеновъ руку приложилъ. Афонасей Мартыновъ руку приложилъ. [4, ед. хр. 1334].*

Нельзя не отметить документы, свидетельствующие о развитии медицинского персонала — *(1680 25 марта) Из Обещаний иноземца лекарей в верности ...учениковъ, которые мнѣ для ученья даны будутъ, учить съ великимъ прилежаніемъ; а что мнѣ прочтено противъ в крестоприводной книгѣ — исполняти со всякимъ тщаніемъ. Фридрихъ Брукгартсъ учение лѣкарского ... (1680 26 марта) ... которые ученики мнѣ даны будутъ, учить съ великимъ радѣніемъ, и что прочтено мнѣ противъ в крестоприводной книгѣ — все исполняти. Еремей Расперъ Лечебнаго врачевства лѣкаръ [4, ед. хр. 1299].*

*... сынишка... мой ѣхать хочетъ за море для прилежного дохтурского ученія. дохтуръ Лаврентейко Блюментрость [1302, 1680 18 мая].*

Многие жанры, относящиеся к медицинскому дискурсу, не выделялись в отдельный жанр заголовком, а имплицитно входили в состав деловых документов — **дело**, **память**, которые, по сути, являлись собраниями документов. По этой причине при определении жанра недостаточно ориентироваться на самоназвание, нужно учитывать и другие характеристики – структуру документа и его коммуникативную интенцию, которые при определении жанра являются более значимыми.

Сопоставляя тексты разной жанровой направленности, мы обнаружили, что каждый документ образует не просто обособленную последовательную структуру, а находится в строгой зависимости от других документов.

*... Великий Государь указалъ: столника и полковника Иванова Приказу Щенина стрѣльца Аношку Григорьева осмотритъ Аптекарского Приказу лѣкаремъ — какая у него болѣзнь и можно ль ему стрѣлецкая служба служить; ...да тотъ отчетъ за лѣкаревыми руками прислать в Стрѣлецкой Приказъ [4, ед. хр. 1347].*

Представленные фрагменты текстов XVII века являются продуктами дискурсивной деятельности автора как способа выражения повторяющихся медицинских ситуаций. Они в полной мере отражают уровень медицинских знаний в России рассматриваемого периода и соответствуют критериям текстуальности, отличаются композиционно-содержательной и структурно-речевой завершенностью. Именно в это время значительно пополнился медицинский словарь, определился его состав, сформировались различные жанры, оформился их формуляр. На примере медицинского дискурса XVII века, своеобразной точкой отсчета, можно говорить о его подвижности и изменчивости.

### **Список источников**

1. Алексеева, Л. М. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л. М. Алексеева, С. Л. Мишланова. — Пермь : Пермский гос. науч.-исслед. ун-т, 2002. — 200 с. — Текст : непосредственный.
2. Дейк, Т. А. ван Язык. Познание. Коммуникация : сборник работ / Т. А. ван Дейк ; пер. с англ. ; сост. В. В. Петров ; ред. В. И. Герасимов. — Москва : Прогресс, 1989. — 308 с. — Текст : непосредственный.
3. Лейчик, В. М. Стереотипность и творчество в дискурсе (рапсодия в стиле «дискурс») / В. М. Лейчик. — Текст : непосредственный // Стереотипность и творчество в тексте : межвузовский сборник научных трудов. Т. 13. — Пермь : Пермский гос. ун-т, 2009. — С. 64–73.
4. Российский государственный архив древних актов (РГАДА). Фонд (Ф.) 143 — Аптекарский приказ, Опись (Оп.) 2 : сайт. — URL: <https://forum.vgd.ru/252/82374/> (дата обращения: 13.06.2023). — Текст : электронный.
5. Словарь русского языка XVIII века. Вып. 6 : Грызться – Древный. – Москва : Наука, 1991. — Текст : непосредственный.

## **ОТБОР ЯЗЫКОВЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ АНАЛИЗА ГРАФИКА В МЕДИЦИНСКОМ ТЕКСТЕ**

**О. В. Осьмак, старший преподаватель**

**ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь**

В статье рассматриваются вопросы анализа графиков/диаграмм. Последние довольно часто встречаются в медицинских текстах. Подчеркивается важность такого вида работы на занятии иностранного языка в неязыковом вузе. Подробно описывается методика обучения анализу графиков/диаграмм.

The article deals with the analysis of charts/diagrams. The latter are quite common in medical texts. The importance of this type of work in a foreign language class at a non-linguistic university is emphasized. The methodology of teaching charts/diagrams analysis is described in detail.

*Ключевые слова:* неязыковой вуз, студенты-медики, график, диаграмма, анализ.

*Key words:* non-linguistic university, medical students, chart, diagram, analysis.

Понимание иноязычного текста вызывает ряд трудностей у обучающихся. Под пониманием подразумевают раскрытие смысловых связей и отношений, передаваемых с помощью языковой формы. Так, студенты-медики на занятиях иностранным языком читают, переводят и обсуждают большое количество текстов медицинской тематики. Часто информация представлена в виде таблиц, схем, графиков и диаграмм, которые относятся к визуальным способам представления данных. Графики/диаграммы могут быть изображены отдельно либо включены непосредственно в текст. Цель такой подачи информации – облегчить восприятие и понимание текста.

Согласно определению, график — это диаграмма, изображающая при помощи кривых количественные показатели движения, состояния чего-либо [1, с. 90]. Примерами в медицине могут быть следующие диаграммы: «Ежедневно регистрируемое число заболевших COVID-19», «Предпочитаемый способ лечения», «Германия: причины смерти по данным ВОЗ», «Потребление табака и смертность от рака легких в Великобритании», «Инновационные лекарственные препараты на белорусском фармацевтическом рынке». Существует множество ви-

дов графиков/диаграмм, но в медицинской литературе наиболее часто встречаются следующие типы:

- графики или диаграммы-линии (позволяют проследить тенденции и изменение данных за определенный период);
- вертикальная столбчатая диаграмма (этот вид диаграмм удобен для представления категорий/групп данных);
- горизонтальная столбчатая/линейчатая диаграмма (показывает различия между элементами в одной или нескольких категориях);
- круговая или секторная диаграмма (представление информации в виде частей целого).

Задача преподавателя заключается в том, чтобы научить анализировать статистические данные. Такой способ интерпретации информации является весьма сложным и предполагает наличие глубоких фоновых знаний у обучающихся, а также продвинутого уровня овладения иностранным языком. Студенты должны четко понимать, что анализ графика/диаграммы имеет определенную последовательность и включает в себя три основных этапа: вступление, основную часть и заключение. Во вступительной части необходимо назвать тему, представленную в форме графика, и определить тип диаграммы. Основная часть состоит из ниже представленных подразделов [2, с. 52]:

- анализ основной информации (описание компонентов графика/диаграммы);
- изучение цифр (перечисление основных данных);
- озвучивание цифр (процентов и других величин) в иерархическом порядке (первое место – последнее место);
- сравнительный анализ (указание динамики определенного процесса относительно другого явления; динамика может быть положительной/ отрицательной, стабильной/хаотичной);
- изложение и аргументация своего мнения по заданной проблеме (высказывание своей точки зрения, размышления говорящего по поводу полученной информации);
- личный опыт говорящего и сравнительный анализ обсуждаемого вопроса со страной изучаемого языка.

В заключительной части подводится итог. Здесь важно уметь обобщить проанализированную информацию, то есть сделать резюме.

Но предварительно преподаватель должен ознакомить обучающихся с перечнем языковых средств для анализа статистических данных, предлагаемым студентам на изучаемом языке (английском, немецком, французском). Выбор языковых клише напрямую связан с вышеуказанной последовательностью анализа графика/диаграммы.

Теперь обратимся к языковым средствам. Во вступительной части рекомендовано использовать следующие клише:

- В графике/диаграмме речь идет о такой теме, как (указать тему).
- Данные представлены в форме графика/ секторной диаграммы и др. (определить тип).

Основная часть имеет ряд подразделов. При анализе основной информации необходимо сказать следующее:

- Диаграмма приводит данные о (конкретизировать тему).
- График состоит из двух/трех или более компонентов (указать их).
- Особое внимание привлекают цифры (назвать их).

Затем необходимо перечислить основные данные. Например, риск смерти от инсульта у курящих женщин составляет 9,9 %. Часто цифры указаны в процентах и их можно округлять, используя наречия «приблизительно», «почти», «свыше». Далее важно назвать первое и последнее места в графике/диаграмме: На первом/последнем месте находится (заболевание, лекарственный препарат и др.).

Следующий этап – это сравнительный анализ. Здесь можно использовать нижеуказанные языковые клише:

- (Показатели, цифры и др.) увеличиваются/уменьшаются.
- (Динамика, тенденция и т.п.) остается неизменной.

Важной частью анализа статистики является высказывание своей точки зрения с помощью следующих фраз:

- Я думаю/полагаю/считаю/предполагаю, что (привести свои рассуждения).
- На мой взгляд (изложить свою точку зрения).



Завершая основную часть анализа статистических данных, студент должен рассказать о своем личном опыте, а также сравнить реалии своей страны и страны изучаемого языка (в данном случае из области медицины и фармации):

- По своему опыту я могу сказать, что (привести пример).
- Сравнивая проблему (например, вредных привычек) в двух странах, можно отметить (сопоставить обсуждаемую тему с аналогичной проблемой в своей стране).

В заключительной части нужно использовать следующие средства:

- Подводя итог, хочется отметить, что (резюме вышесказанного).
- В заключение можно сказать следующее.

Оценить анализ, проведенный студентом, преподаватель может, опираясь на качественные характеристики понимания текста со статистическими данными, а именно, полноту и глубину понимания. Полнота понимания является количественной мерой информации, извлеченной из текста, а глубина понимания связана с интерпретацией данных. Такой вид работы позволяет развивать умения монологической/диалогической речи на анализируемом материале и способствует формированию иноязычной коммуникативной компетенции.

### **Список источников**

1. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. — 4-е изд., доп. — Москва : Азбуковник, 2000. — 940 с. — Текст : непосредственный.
2. Осьмак, О. В. Окружающая среда и здоровье человека : учебно-методическое пособие / О. В. Осьмак. — Минск : БГМУ, 2022. — 60 с. — ISBN 978-985-21-1115-7. — Текст : непосредственный.

## **СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ИНОЯЗЫЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

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

**ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь**

В статье рассматриваются современные стратегии развития иноязычного образования, которые повышают эффективность и качество образовательного процесса, способствуют подготовке компетентных специалистов, способных эффективно осуществлять профессиональную деятельность в условиях устойчивого инновационного развития общества. Особое внимание уделяется внедрению цифровых технологий и электронного контента в образовательный процесс, усилению учебной автономии, развитию межкультурной компетенции, творческого и интеллектуального потенциала, социально значимых и личностных качеств обучающихся.

The paper focuses on current strategies of developing foreign language education which improve the efficacy and quality of the educational process, contribute to training competent specialists capable of working in the context of sustainable innovative development of the society. Special emphasis is placed on incorporating digital technologies and electronic content into the educational process, enhancing educational autonomy, developing intercultural competence, creative and intellectual potential, as well as socially significant and personal qualities of the student.

*Ключевые слова:* иноязычное образование, цифровые технологии, автономное обучение, межкультурная компетенция, интеллектуальный потенциал, социально значимые и личностные качества.

*Key words:* foreign language education, digital technologies, autonomous learning, intercultural competence, socially significant and personal qualities.

Набирающая темпы цифровая трансформации всех сфер жизнедеятельности общества требует подготовки специалистов, готовых осуществлять профессиональную деятельность в условиях устойчивого инновационного развития общества и постоянно возрастающего потока информации.

Современный специалист должен не только обладать фундаментальными знаниями, но и уметь оперативно работать с информацией из оригинальных зарубежных источников, осваивать, создавать и внедрять инновации в своей предметной области, обмениваться достижениями отечественной науки с зарубежными специалистами, выступать с докладами на английском языке на международных научных конференциях, участвовать в научной деловой дискуссии.

Для реализации этих целей необходимо обеспечить устойчивое развитие и повышение качества иноязычного образования, которое рассматривается как инструмент становления компетентного специалиста, как средство информационной деятельности и систематического пополнения профессиональных знаний.

Современные стратегии развития иноязычного образования связаны с коммуникативной деятельностью, развитием межкультурной компетенции и интеллектуального потенциала обучающихся, продуктивными образовательными технологиями, проблемно ориентированным обучением, акцентированием личностно ориентированного вектора образовательного процесса, внедрением цифровых технологий в обучение иностранному языку.

Приоритетами современной лингводидактики являются диверсификация, творчество, сочетание различных методов, приемов, способов и технологий обучения с целью оптимизации и повышения результативности процесса формирования иноязычных компетенций обучающихся.

Особый акцент делается на развитие и реализацию познавательных и созидательных способностей обучающегося, его творческого потенциала и социальной ответственности, самостоятельной продуктивной учебной деятельности, автономии.

Активная познавательная и коммуникативная деятельность на иностранном языке, осознанное практическое и реальное применение приобретенных знаний, навыков и умений, рефлексивная оценка позволяют обучающемуся понять, что он изучает иностранный язык не для того, чтобы усвоить определенное количество слов или какое-то грамматическое явление, прочитать текст или выполнить упражнение, а прежде всего для того, чтобы удовлетворить свои профессиональные потребности и интересы [1, с. 6].

Обучение языку как деятельности, то есть как взаимодействия участвующих в образовательном процессе субъектов, является существенным условием их лингвообразовательного развития на фоне расширяющихся межкультурных и профессиональных взаимосвязей и взаимодействий в реальном и виртуальном коммуникативном пространстве.

Вместе с тем, в процессе иноязычного образования необходимо создавать благоприятные условия не только для коммуникативного становления и развития обучающегося, но и для формирования у него ценностно-смысловых ориентиров, социально значимых и личностных качеств (толерантности, креативности, откры-

тости, коммуникабельности, ответственности, критического мышления), способности достойно представлять свою страну в ситуациях межкультурного общения, умения работать с информацией на иностранном языке, совершенствовать свои компетенции.

В этом контексте иноязычное образование в его социокультурном и аксиологическом аспектах имеет стратегическую нацеленность на формирование средствами иностранного языка личности обучающегося, который осознает свою национальную идентичность, знает о современном поликультурном ландшафте, умеет критически оценивать факты, явления, события, ценности другой культуры и готов выступать в качестве представителя родной страны/культуры в условиях межкультурного и профессионального взаимодействия.

Основной задачей развития межкультурной компетенции в настоящее время следует считать подготовку обучающихся к активному сотрудничеству и взаимодействию в современном многоязычном и поликультурном мире и, следовательно, формирование у них способности позитивного взаимодействия с представителями иных культур на основе знания национально-культурных особенностей.

Применение технологии гибридного (комбинированного) обучения и ИКТ является мощным фактором мотивации и интеллектуального развития будущих специалистов медицинского профиля. Они помогают повысить актуальность и новизну содержания обучения, так как электронные учебные материалы могут постоянно обновляться. Постоянный доступ в Интернет дает возможность использовать web-ресурсы непосредственно на занятиях, тем самым оживляя и актуализируя учебный процесс.

Одним из популярных инструментов гибридного обучения является электронная обучающая платформа Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment). Функциональная и легкая для понимания и использования система Moodle дает возможность студентам получить доступ к ней в любое время и из любого места, а преподавателям позволяет осуществлять текущий контроль знаний с оценкой в автоматическом или отдаленном ручном режимах и корректировку учебного индивидуального плана каждого из студентов, а также проводить оценку знаний студентов на основе тестирования.

Работа на базе обучающей платформы Moodle направлена на развитие учебной автономии и критического мышления студента. Сегодня обучающиеся долж-

ны быть способны самостоятельно получать знания, анализировать их содержание, конструировать новые знания для решения поставленных задач в практической деятельности. Такой подход нацелен на вовлечение студентов в обучение и развитие их творческого потенциала, их активное участие в познавательной и учебно-исследовательской деятельности для преобразования приобретенных новых знаний в необходимые профессиональные компетенции.

Следует отметить, что платформа Moodle предоставляет студентам возможность использовать разнообразные мультимедийные инструменты и приложения для эффективного развития основных языковых навыков устной и письменной речи. После каждого учебного блока обучающиеся имеют возможность проверить свои знания, выполняя упражнения, направленные на развитие грамматических навыков, словарного запаса, навыков аудирования и письма. Одним из инструментов, широко применяемым сегодня для организации образовательного процесса, является инструмент «тесты», который используется для контроля знаний студентов. Также преподаватели активно пользуются такими элементами, как «задание» и «файл». Инструмент «задание» позволяет преподавателю загружать документ, ответ на который необходимо подготовить в виде текста или файлов различных форматов. Элемент «файл» предназначен для хранения и распространения обучающих материалов.

Необходимо подчеркнуть, что задания в электронном формате повышают мотивацию студентов, способствуют лучшему усвоению материала и помогают индивидуализации образовательного процесса. Можно с уверенностью сказать, что в будущем платформа Moodle будет востребована и, соответственно, станет еще более ценным и эффективным инструментом в обучении иностранному языку, который позволит студентам не только учиться независимо от времени и пространства, но и индивидуализирует и дифференцирует процесс обучения.

Важной фундаментальной основой обучения иностранному языку остается проблемно ориентированное обучение, направленное на самостоятельное активное решение проблемной ситуации, заданной преподавателем, в результате чего происходит творческое овладение профессиональными знаниями, навыками и умениями и развитие интеллектуально-творческих и мыслительных способностей. Постановка проблемы, приближенной к жизненной ситуации, позволяет студентам быстро и легко включиться в реальную профессиональную среду. Самостоятель-

ное решение проблемы приводит к формированию навыков самоорганизации, самообучения и самоконтроля, способствует развитию сознательного, мотивационного подхода к обучению. Проблемное обучение, прежде всего, ориентировано на активизацию познавательной деятельности студентов, формирование логического мышления, развитие творческих качеств каждого студента.

Таким образом, современные стратегии развития иноязычного образования способствуют достижению качества и эффективности в овладении необходимыми знаниями и компетенциями, обеспечивает возможности использования иностранного языка для дальнейшего самообразования, профессионального роста и межкультурного сотрудничества.

### **Список источников**

1. Гальскова, Н. Д. Современное лингвообразование в социокультурном и аксиологическом измерениях / Н. Д. Гальскова. — Текст : непосредственный // Иностранные языки в школе. — 2019. — № 8. — С. 4–10.

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С АУТЕНТИЧНЫМИ ТЕКСТАМИ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

О. В. Простотина, старший преподаватель

И. А. Скачинская, старший преподаватель

УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Формирование коммуникативной компетенции является неотъемлемой частью обучения иностранным языкам. Наибольшую эффективность в ходе формирования данной компетенции у студентов медицинского вуза показывают аутентичные тексты. В данной статье описывается роль аутентичных текстов в процессе обучения иноязычному общению.

The communicative competence formation is an integral part of the teaching foreign languages. Authentic texts show the greatest efficiency of the competence formation course among the medical university students. This article describes the authentic texts role in the process of teaching foreign language communication.

*Ключевые слова:* аутентичные тексты, коммуникативная компетенция, иноязычное общение, медицинский вуз.

*Key words:* authentic texts, communicative competence, foreign language communication, medical university.

Стремительное развитие новых технологий, глобализация, компьютеризация практически всех сфер деятельности человека, быстрые социально-экономические изменения, происходящие в современном обществе, не могли не найти отражения и в сфере образования. Изменения затронули все аспекты обучения иностранному языку в неязыковых вузах. Меняется стиль преподавания, методы обучения, учебно-методические материалы. Меняются учебные программы [2, с. 44]. В этой связи за последние два года в Белорусском государственном медицинском университете поменялись программы по иностранному языку для всех факультетов. В основе языковой подготовки студентов-медиков лежат технологии смешанного обучения, когда одни занятия в процессе изучения дисциплины проводятся по традиционной методике, а другие в цифровой образовательной среде.

Следует также добавить, что современный рынок труда диктует свои условия к подготовке специалистов различных направлений. Владение иностранным

языком становится важным условием для получения престижной работы. Именно это является одной из причин, по которой языковому образованию в вузах уделяется все большее внимание. При обучении профессионально-ориентированному иностранному языку важнейшим навыком остается умение читать и обсуждать тексты по специальности.

В основе современной методики преподавания иностранных языков лежит формирование иноязычной компетенции. Одним из способов формирования данного вида компетенции является работа с аутентичными текстами на занятиях по иностранному языку. В последнее время в лингводидактике проблема использования аутентичных материалов приобрела особую актуальность, что обусловлено все возрастающим объемом социально значимой и научной информации. Особенно активное сотрудничество и обмен опытом происходят в сфере медицины и здравоохранения.

Аутентичные тексты не только выполняют важную дидактическую функцию в процессе языковой подготовки студентов-медиков, но и являются ценным информационным ресурсом и существенно дополняют знания, полученные при изучении специальных дисциплин.

Следует отметить, что в методической науке понятие «аутентичность» еще не получило четкого терминологического оформления.

В широком смысле под аутентичным текстом понимают текст, написанный носителем языка для носителей этого языка. Обычно это текст, не предназначенный для учебных целей. Однако в последнее время получила распространение точка зрения, согласно которой текстовая аутентичность может быть «подлинной» или «педагогической». Во втором случае допускается возможность определенной методической обработки отбираемого материала [1, с. 72].

Допуская использование адаптированных текстов по специальности на занятиях по иностранному языку в неязыковом вузе, необходимо отметить, что работа с ними методически оправдана лишь на начальных этапах обучения или в группах со слабой языковой подготовкой. Следует иметь в виду, что постоянная работа с методически обработанными текстами может в дальнейшем затруднить переход к тестам с подлинной аутентичностью.

Глобализация мировой общественной жизни и компьютеризация всех областей деятельности человека делает возможным получение информации по всем



отраслям знаний. Получить доступ к медицинской информации из зарубежных источников сегодня можно практически в любое время и в любом месте.

Для профессионально-ориентированной языковой подготовки студентов медицинского вуза используются аутентичные тексты из научно-популярных медицинских журналов, статьи из интернета, публикации результатов экспериментальных и теоретических исследований, материалы научных конференций. Профессиональная деятельность врача предполагает также умение вести деловую переписку с иностранными коллегами, заполнять медицинскую документацию, работать с историями болезни на иностранном языке.

При отборе аутентичного учебного материала для работы всегда нужно учитывать такой критерий, как сложность текста. Причем это относится как к лингвистической, так и к содержательной стороне аутентичного текста.

Студенты младших курсов, не имеющие достаточно профессиональных знаний, не справятся с узкоспециализированными текстами. На этом этапе предпочтительно работать с текстами из зарубежных научно-популярных медицинских журналов или интернета.

Использование научных публикаций и статей из профессиональных журналов в качестве учебных материалов более оправдано на старших курсах и на этапе постдипломного образования.

Работа со сложными в лингвистическом плане текстами, перегруженными громоздкими грамматическими конструкциями, терминами и сокращениями будет малоэффективна и дидактически не обоснована. Это связано с тем, что уровень языковой подготовки студентов не всегда позволяет понять содержание текста в полном объеме, а научная информация только тогда имеет смысл для студентов, когда она им понята и критически осмыслена.

Многие авторы обращают внимание также и на такой фактор, как аутентичное представление материала, что подразумевает подачу текста в оригинальной форме. Это могут быть скриншоты, копии историй болезни, формуляров, анкет, а также цветные копии статей с иллюстрациями. Такое представление учебного материала дает студентам ощущение подлинности материала и способствует погружению в языковую среду [1, с.73].

Овладение профессиональной терминологией имеет большое значение в процессе формирования иноязычной компетенции студентов медицинского вуза.

Источником словарного запаса обучающихся по специальности и примером использования терминологической лексики в контексте являются аутентичные профессиональные тексты. Для формирования лексической компетенции и усвоения лексики терминологического характера предусмотрен ряд эффективных упражнений, методических приёмов, которые могут быть использованы на всех этапах работы с текстом.

В заключение следует отметить, что будущий специалист должен не только извлекать информацию из аутентичных текстов, но и уметь ее осознать и проанализировать, чтобы в дальнейшем использовать в своей профессиональной деятельности.

### **Список источников**

1. Воробьев, Ю. А. Использование аутентичных текстов профессиональной направленности в процессе формирования лингвострановедческой компетенции у студентов неязыковых вузов / Ю. А. Воробьев. — Текст : непосредственный // Азимут научных исследований: педагогика и психология. — 2019. — Т. 8, № 3 (28). — С. 72–74.
2. Ильченко, В. А. Новые мировые тенденции в обучении английскому языку как второму / В. А. Ильченко. — Текст : непосредственный // Профессиональное лингвообразование : материалы двенадцатой международной научно-практической конференции, г. Нижний Новгород, 02–05 июля 2018 года. — Нижний Новгород, 2018. — С. 44–51.

## **ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ТЕМАТИЧЕСКОГО СЛОВАРНОГО ЗАПАСА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ (НА МАТЕРИАЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ)**

О. И. Сахнова, старший преподаватель

ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Статья посвящена вопросу развития профессионального тематического словарного запаса по иностранному языку через индивидуализацию обучения. Автор исходит из того, что индивидуализированный подход должен быть основан на персональном типе восприятия информации обучающимся. В статье предлагаются конкретные методические решения для каждого типа восприятия. Кроме того, особо подчеркивается тот факт, что традиционно практикующаяся методика запоминания новых словарных единиц на основе пары «английский – русский» противоречит физиологическому процессу формирования ассоциаций и должна быть изменена на противоположную пару для повышения эффективности запоминания и дальнейшего употребления в речи новых слов и выражений.

The article covers the issue of the development of the professional topical vocabulary in a foreign language by means of individual-centered training. The author proceeds from the fact that an individualized approach should be based on the personal type of perception of information. The article offers specific methodological solutions for each type of perception. In addition, the fact is emphasized that the traditionally used method of memorizing new vocabulary units based on the pair "English – Russian" contradicts the physiological process of forming associations and should be changed to the reversed pair to increase the efficiency of memorization and further use of new words and expressions in speech.

*Ключевые слова:* английский язык, тематический словарный запас, индивидуализированное обучение, типы восприятия, специализированная лексика.

*Key words:* English, topical vocabulary, individual-centered training, types of perception, special lexical units.

Изучение иностранного языка на любом этапе связано напрямую с обогащением словарного запаса. Это особенно актуально при освоении курсов иностранного языка студентами неязыковых вузов, так как иностранный язык изучается для профессиональных целей, что предполагает большое количество новых лексических единиц из специфических профессиональных областей. Профессиональная

сфера медицины включает множество единиц специализированной медицинской лексики: названия заболеваний и лекарственных средств, описание симптомов и жалоб, названия инструментов и методов диагностики. Поэтому как студент, так и преподаватель вынуждены уделять особое внимание именно процессу запоминания новых слов и выражений иностранного языка.

С точки зрения психологии, эффективность запоминания зависит от нескольких факторов. Среди них особенно важны такие, как направленность интересов человека, его активность и внимание, эмоциональная значимость информации. В нашем случае, когда речь идет об усвоении нового лексического материала, это означает достаточно высокую мотивацию как непосредственно на запоминание новых слов и выражений, так и общую мотивацию по отношению к курсу. В действительности и как показывает опыт, мотивация студентов-медиков к изучению английского языка для профессиональных целей, бывает, недостаточно высокой и даже довольно низкой. Причины состояния низкой мотивации и процесса демотивации различны и часто трудно преодолимы [2, с. 212–217]. Поэтому возникает необходимость поиска новых путей повышения эффективности запоминания лексических единиц, не зависящих или мало зависящих от мотивированности студента.

Выходом здесь может стать обращение к индивидуальным физиологическим особенностям памяти и восприятия. Как известно, все люди подразделяются по преобладающему типу восприятия информации на три основные категории: аудиалов (тех, кто лучше усваивает информацию на слух, т.е. хорошо запоминают разговоры, музыку, звуки), визуалов (тех, кто нуждается в зрительно образном представлении информации, то есть хорошо запоминают расположение, готовые печатные тексты и графические изображения), кинестетиков (тех, кому необходимо осуществлять какие-либо действия, чтобы эффективно усвоить информацию, то есть хорошо запоминают свои и чужие поступки, движения и жесты). Иногда выделяют также и четвертый тип модальности восприятия – это дискрететы, восприятие у которых происходит через логические цепочки, осмысление, анализ [3, с.488–495].

Сам по себе такой подход не является новым, однако вряд ли найдется учебное пособие по иностранному языку, где обучающемуся предлагалось бы осознанно подойти к задаче запоминания новых лексических единиц через определение своего типа перцептивной модальности и выучиванию новых слов и выражений с помощью метода, который наилучшим образом отвечает его типу восприятия и памяти.

Какие же традиционные и новые методы запоминания иностранных слов и выражений можно предлагать студентам?

Традиционно для аудиалов предлагается многократное прослушивание иностранных слов в паре с их эквивалентами на русском языке, а также обязательное проговаривание вслух пар слов в процессе заучивания. Предпочтительно, чтобы в аудиозаписях делался акцент на тембре голоса, а важные моменты показывались интонацией, увеличением громкости или контрастированием (громко-тихо). Из инновационных методик для аудиалов будет полезным такой популярный в настоящее время способ как мнемотехника. Суть способа — в придумывании смешных и абсурдных ассоциаций к слову, которое никак не получается запомнить, причем ассоциации эти звуковые. Вы берете слово и придумываете какой-то ассоциативный образ, который должен быть очень ярким. Но в этом образе должен быть «ключ» к запоминаемому слову. Вот один из популярных примеров из Интернета: «*grief*» («горе»): *«горе раненому тигру, (гриф -ы) кружатся над ним»*. А вот мой собственный пример из нашего лексического минимума: “*treat*” («лечить»): *«лечить людей не так легко, как произнести ТРИ [Т]»*. Существует также и вариация данного метода, называемая тактикой «ударного слога». Согласно исследованиям, чтобы запомнить слово человеку достаточно сконцентрироваться на запоминании ударного слога, а безударные слоги запоминаются автоматически без всякой концентрации. Это особенно удобно для работы в паре «русский – английский», так как из-за значительной разницы в звукобуквенном и лексемном составе подобрать ассоциацию к целому слову зачастую очень проблематично.

Визуалы испытывают меньше всего трудностей с запоминанием новых слов и выражений. Благодаря хорошо развитой зрительной памяти, они легко запоминают графический образ слова, поэтому могут как бы мысленно прочесть слово по этому образу. Из традиционных методов им подходит работа со списками эквивалентных пар слов и словосочетаний, работа с двусторонними карточками, метод «Полстранички», а также другие способы визуализации: диаграммы, схемы, ребусы, таблицы, подписанные картинки. Эффективность можно повысить за счет увеличения шрифта, выделения жирным и курсивом, выделение цветом. Таким образом, методика мнемотехники подойдет и для визуалов, только предпочтение следует отдавать графическому способу ее представления.

Также для визуалов очень хорошо подойдут такие инновационные методы работы со своим словарным запасом, как современные программные приложения, которые легко устанавливаются на смартфон, что значительно повышает их привлекательность для студентов. Среди них, следует отметить приложение Anki, в котором используется методика интервального повторения. Она представляет собой технику удержания в памяти, заключающуюся в повторении учебного материала по определённым, постоянно возрастающим интервалам. В приложении Memrise.com используется, кроме простого повторения, и методика мнемотехники. В приложении Quizlet.com можно не только создавать свои списки слов, но и применять разные способы их проверки.

Теперь остановимся на особенностях типа восприятия и запоминания кинестетиков. Кинестетики — студенты, воспринимающие информацию посредством движений, обоняния, осязания, информация запоминается посредством мышечной памяти. Ситуацию усложняет и то, что обычно такие студенты совершенно уверены, что запоминать иностранные слова и вообще учить иностранный язык они не способны. Именно таким студентам подойдет самый рутинный способ запоминания иностранных слов — это многократное прописывание слова. Но это действительно утомительный и эмоционально малопривлекательный способ. Из более интересных способов можно предложить технику вождения пальцем руки по поверхности, подражая прописыванию слова, что позволяет задействовать два предпочтительных канала восприятия: движение и осязание. Студентам-кинестетикам также можно предложить поиграть со словами, которые необходимо запомнить, в игру «Крокодил», которая основана на том, что игрок, вытягивает карточку со словом, которое он должен показать с помощью движения другим игрокам, которые должны это слово отгадать.

Самая малочисленная группа студентов по типу восприятия — это **дискретны**. Большинство людей предпочитают считывать информацию с готовых источников, дискретны находят удовлетворение в создании этих источников. Студентам-дискретам можно предложить для запоминания слов группировать их по какому-то признаку, например, синонимы — антонимы, глагольные фразы с предлогами, по частям речи. Они могут воспользоваться методом сочинения мини-рассказов из слов и выражений лексического минимума. В этом случае учить придется не 20

слов из карточки, а 4–5 предложений. Им будет интересна и методика мнемотехники как создателям ассоциаций.

Постоянно сталкиваясь с проблемой запоминания слов и выражений лексического минимума среди студентов, многие из нас замечают, что студентам гораздо легче воспроизводить слова в следующем порядке: сначала иноязычное слово, а затем русский эквивалент, а не в паре «русское выражение – иноязычный эквивалент». Причиной данных трудностей может быть традиционное представление нового лексического материала в парах «иноязычное слово — русский эквивалент», ведение собственных словарей студентами именно в таком традиционном порядке. Как верно отмечает молодой исследователь Рыжкова М. А. в своей статье, посвященной данной проблеме, суть явления состоит в том, что из-за избыточно многократного повторения слов в общепринятом порядке (*чужой – свой*) вырабатывается рефлекторная реакция именно на эту пару, а пара свой — чужой не получает подкрепления со стороны центральной нервной системы. Для исправления положения необходимо уравнивать частоту обращения к памяти для русского слова на первом месте в заучиваемой паре по сравнению с привычным положением чужого слова на месте ведущего [1, с. 552]. Иными словами при выучивании слов с целью их последующего воспроизведения, отталкиваясь от русского языка, нужно поменять традиционный порядок в эквивалентной паре на противоположный, тогда в памяти зафиксируется сразу ассоциация «русское слово — английский эквивалент» в готовом виде, что повысит эффективность запоминания и ускорит время воспроизведения английского эквивалента.

Подводя итог, следует отметить, что индивидуализированный подход к формированию тематического словарного запаса требует отчасти разрушения годами устоявшихся стереотипов запоминания иностранных слов, начиная от приерженности модели-основе «русское слово — английский эквивалент» и заканчивая навязыванием дискретных способов работы со словарем, например, людям с чисто аудиальным или визуальным типом восприятия, представляя их как наиболее эффективные с методической точки зрения. Поэтому преподаватель, работая над формированием, развитием и совершенствованием активного словаря обучающегося в рамках индивидуализированного подхода, должен делать это достаточно ненавязчиво, позволяя обучающемуся проявлять инициативу в выборе подходящих для него способов обогащения словарного запаса.

## Список источников

1. Рыжкова, М. А. О технике запоминания иностранных слов / М. А. Рыжкова. — Текст : непосредственный // Ребёнок в языковом и образовательном пространстве : сборник материалов Российской студенческой научной конференции при финансовой поддержке проекта № 18-313-10005 Российским фондом фундаментальных исследований, г. Елец, 26–27 апреля 2018 года. — Елец : Елецкий гос. ун-т, 2018. — С. 550–553.
2. Сахнова, О. И. Проблемы мотивации к изучению английского языка студентами медицинского вуза / О. И. Сахнова. — Текст : непосредственный // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: : материалы 6-й Всероссийской научно-практической и образовательной конференции с международным участием, г. Тверь, 12 апреля 2018 года / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Тверской гос. мед. ун-т, 2018. — С. 212–217.
3. Табуева, И. Н. Информационно-компьютерные технологии в обучении иностранному языку с учетом модальностей восприятия студентов (аудиалы, визуалы, кинестетики, дигиталы) / И. Н. Табуева. — DOI: 10.18469/ikt.2021.19.4.13. — Текст : электронный // Инфокоммуникационные технологии. — 2021. — Т. 19, № 4. — С. 488–495. — URL: <https://journals.eco-vector.com/2073-3909/article/view/112244> (дата обращения: 15.06.2023).



## **ФОРМИРОВАНИЕ НЕОБХОДИМОГО УРОВНЯ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВЫПУСКНИКА НЕЯЗЫКОВОГО ВУЗА**

Г. И. Саянова, старший преподаватель

ОУ Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Статья посвящена путям повышения уровня языковой компетенции выпускника неязыкового вуза. Актуализируются вопросы в области применения форм и методов обучения иностранному языку. Рассматриваются методические приемы формирования коммуникативных качеств и культуры речи специалиста-медика. Уделяется внимание профессиональной направленности обучения с помощью интерактивных методов и неформального образования. Делается вывод о влиянии интеграционных процессов на языковую подготовку будущих специалистов.

The article is devoted to the ways of improving the level of language competence of a non-linguistic graduate. The author highlights the issues in the field of implementation of the forms and methods of teaching a foreign language. Methodological techniques of developing communicative skills and speech culture are taken into consideration. Attention is paid to the professional orientation of learning due to interactive methods and non-formal education. The conclusion is made about the influence of integration processes on the language competence of future specialists.

*Ключевые слова:* языковая компетенция, выпускник, формы и методы обучения, коммуникативный, профессиональная направленность, неформальное образование.

*Key words:* language competence, graduate, forms and methods of teaching, communicative, professional orientation, non-formal education.

Сфера деятельности современного специалиста-медика характеризуется усложнением и интенсификацией коммуникативной составляющей. Для того, чтобы специалисту медицинского профиля быть конкурентоспособным в современной ситуации, необходимо владение, как минимум, одним иностранным языком, в частности, английским. Обсуждение актуальных проблем медицины на международных конференциях, семинарах или видеоконференциях ведется, как правило, на английском языке, который выступает языком общения. Большая часть публикаций результатов исследований в сфере медицины также осуществляется на английском языке. Значительный объем новейшей медицинской информации в мире сегодня создается на английском языке.

Именно эффективная работа с профессионально значимой информацией, а также межкультурная профессиональная коммуникация позволяет современному специалисту медицинского профиля качественно решать профессиональные задачи в рамках профессионального сотрудничества.

Объем специальной информации в современном мире неуклонно и стремительно растет. Благодаря скорости развития и внедрения современных компьютерных и интернет-технологий проблемы доступа к источникам знаний сегодня практически не существует. Однако степень информированности специалиста зависит от его умения работать с профессионально ориентированным текстом на иностранном языке.

В связи с этим важную роль в развитии языковых компетенций у будущих специалистов-медиков играет способность самостоятельно ориентироваться не только в русскоязычном, но и в иностранном медицинском информационном пространстве, быстро находить требуемую профессиональную информацию, грамотно ее структурировать, а также применять иностранный язык в реальных ситуациях профессионального общения.

Таким образом, в настоящее время иностранный язык в контексте высшего медицинского образования выходит за рамки учебной дисциплины и становится инструментом формирования специалиста высокого профессионального уровня, обладающего навыками межкультурного общения и готовностью к непрерывному личностно-профессиональному саморазвитию. Очевидно, что знания иностранного языка, даже ориентированные на будущую профессию, но полученные в вузе на начальном этапе обучения, можно считать лишь самой общей основой для его дальнейшего изучения и использования их совершенно недостаточно для того, чтобы выпускник медицинского вуза начал профессиональное развитие в условиях реальной деятельности и в соответствии с современными требованиями [1, с. 96].

Объем часов на изучение иностранного языка в медицинском вузе, различный уровень базовой подготовки поступающих в вуз студентов, низкий уровень их мотивации и другие факторы не позволяют осуществить языковую подготовку на высоком уровне. К тому же преподавание иностранного языка ведется только на первом курсе, то есть на том этапе, где иностранный язык как средство получения профессиональной информации практически не востребован. Наибольшая потребность в использовании иностранного языка в профессиональных целях появляется

на старших курсах, когда курс иностранного языка пройден, и многое из усвоенного материала уже забыто. Даже будучи аспирантами, молодые специалисты, высоко мотивированные, ориентированные на его использование в профессиональных целях, не имеют достаточно свободного времени и достаточного объема часов на его изучение, и это не позволяет им добиться оптимального результата.

Все это приводит к необходимости интенсификации обучения иностранному языку, что требует развития у обучающихся умения самостоятельно работать над языком, применения активных и интерактивных методов обучения иностранному языку, предоставления в рамках образовательной среды возможности для практического применения полученных языковых умений и навыков.

Для формирования необходимого уровня языковой компетенции выпускника на первый план выходит информационное обеспечение, то есть обеспечение обучающихся справочниками, учебными пособиями, тестами, текстами и заданиями для самостоятельной работы.

Важно отметить, что в обучении иностранному языку ключевое значение имеют не знания, а навык, который формируется большим количеством упражнений, повторений и закреплений. По этой причине все способы интенсификации учебного процесса должны быть направлены на создание условий для формирования навыка повышения качества самостоятельной работы, в том числе, усвоение теоретического, грамматического и страноведческого материала, а также повышения мотивации к обучению. Но все, в том числе новейшие методики и интерактивные формы работы, не позволяют в рамках установленного объема аудиторных часов добиться успеха. Нужны дополнительные часы, хотя бы на профессиональный медицинский перевод текстов, их письменное резюмирование, написание сочинений с элементами рассуждений, решение ситуационных проблем с целью самостоятельности их выполнения. В текстах определён словарь медицинской лексики, без которой нельзя обойтись, изучая иностранный язык, и лексика широкой медицинской направленности. На основе овладения словарём и специальной медицинской терминологией у студентов вырабатывается навык чтения, понимания и перевода медицинских текстов. У них формируется умение излагать в обобщённом виде информационный материал и вести беседу по этой тематике.

Именно профессиональная направленность является отправной точкой для всех аспектов обучения. Одним из популярных интерактивных методов при обу-

чении профессионально ориентированному общению является метод сценариев или case-метод, который погружает студентов в квазипрофессиональную языковую среду на основе использования сценариев, приближённых к реальным жизненным ситуациям.

Данный метод позволяет студентам не только улучшить владение языком, но и значительно повысить мотивацию, так как ситуации, направленные на решение определённых задач в профессиональной сфере, вызывают личный интерес и развивают технику мышления посредством решения вопросов проблемного характера. В процессе проигрывания роли студент становится более подготовленным к решению задач в непредвиденных обстоятельствах и может корректировать своё речевое поведение [2, с. 179].

Одним из ведущих направлений в образовании стало неформальное образование – то есть обучение не только во время занятий, но и после них, в неформальной обстановке. Система организации внеаудиторных занятий также имеет профессиональную значимость, поскольку предусматривается профессиональная направленность. Одним из таких внеаудиторных мероприятий может быть вневербальная экскурсия в музей или англоговорящую страну. При внеурочных мероприятиях ответы студентов не оцениваются, что способствует формированию готовности студентов и профессиональной коммуникации и мотивации вступить в диалог.

Показ фильмов на иностранном языке также способствует профессионально ориентированному общению и развитию межкультурной коммуникации.

Подводя итог, следует отметить, что влияние интеграционных процессов на языковую подготовку будущих специалистов привело к тому, что профессионально ориентированное обучение иностранному языку стало не только возможным, но и необходимым. В результате язык становится не только целью обучения, но и средством для достижения профессиональных целей.

### **Список источников**

1. Кучерявая, Т. Л. Проблемы профессионально-ориентированного обучения иностранному языку студентов неязыковых специальностей / Т. Л. Кучерявая. — Текст : непосредственный // Теория и практика образования в современном мире : материалы международной заочной научной конференции, г. Санкт-Петербург, февраль 2012. — Санкт –Петербург. — 2012. — С. 336–337.

2. Слэй, Н. (США) Сценарий как средство обучения иностранному языку / Н. Слэй. — Text : electronic // Cross-Cultural Studies: Education and Science. — 2018. — № 3. — С. 177–182. — <https://cyberleninka.ru/article/n/stsenariy-kak-sredstvo-obucheniya-inostrannomu-yazyku> (date of the applicatiqn: 15.06.2023).

## **КОВИД И ЧЕК-АП В РОССИЙСКОМ ДИСКУРСЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОСОБЕННОСТИ АССИМИЛЯЦИИ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ЗАИМСТВОВАНИЙ**

А. О. Стеблецова, д-р филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,

г. Воронеж, Россия

В статье рассматриваются англоязычные заимствования последнего десятилетия, функционирующие в российском дискурсе здравоохранения. Цель работы — выявление и анализ особенностей ассимиляции заимствований. Результаты обнаруживают высокую степень ассимиляции заимствований (УЗИ, врач общей практики) при условии частотности их употребления, устоявшейся морфологической формы и актуального значения. Низкая степень ассимиляции выявлена у заимствований с неустоявшейся морфологической формой или новым семантическим компонентом (чек-ап, второе мнение).

The article discusses recent English borrowings which are currently used in Russian healthcare discourse. The objective is to identify and analyze the process of the words' assimilation in the professional discourse. The findings demonstrate full assimilation of ultrasound examination and general practitioner due to their high frequency in communication, regular morphological form and comprehensible meaning. The lack of these parameters in words like check-up and second opinion may slow down the process of assimilation.

*Ключевые слова:* дискурс здравоохранения, заимствования, ковид-19, чек-ап, ассимиляция.

*Key words:* healthcare discourse, borrowings, COVID-19, check-up, assimilation.

Традиционно англоязычные заимствования в русском языке медицины восходят к классической латинской терминологии, имеют давнюю историю и устойчиво функционируют в профессиональной коммуникации. Современное российское здравоохранение, активно развивающее профессиональные связи с глобальным медицинским сообществом, переживает период новых заимствований. Этот период связан с внешними вызовами, такими как пандемия и связанными с ней явлениями, открытиями в биомедицинских науках, а также с внутренними изменениями в самой системе здравоохранения, неизбежно отражающимися в языке и коммуникации [3, 4].

В настоящей работе рассматриваются англоязычные заимствования, вошедшие в российский дискурс здравоохранения с начала XXI века и функционирую-

щие в нем с разной степенью ассимиляции. Цель исследования заключается в анализе морфологических и семантических заимствований и определения степени их ассимиляции в дискурсе. Материалом исследования стали отдельные лексемы и устойчивые словосочетания, используемые на вебсайтах российских учреждений здравоохранения — департаментов, государственных и частных клиник, медицинских центров. Критерием отбора материала стало функционирование современных заимствований в текстах, адресованных широкой публике, в том числе пациентам. В работе использовались общелингвистические методы наблюдения, описания, а также методики контекстуального анализа.

Как известно, одним из наиболее распространенных способов заимствования и освоения слова в языке-реципиенте является калькирование [2]. И хотя до сих пор существует множество определений этого термина, мнения лингвисты сходятся относительно того, что можно выделить формальные (морфологические) и семантические заимствования [1].

Морфологические заимствования более очевидны, они приносят в русский язык сочетание новой формы и значения, при этом их грамматическая адаптация к языковой системе и коммуникативная ассимиляция носителями языка во многом зависит от продолжительности их функционирования в дискурсе и частотности использования участниками коммуникации. К относительно недавним англоязычным заимствованиям морфологического характера относятся ультразвуковое исследование или УЗИ (ultrasound examination), компьютерная томография или КТ (computer tomography), магнитно-резонансная томография или МРТ (magnetic resonance imaging (MRI)) и многие другие. Эти названия высокотехнологичных медицинских исследований прочно вошли в российский дискурс здравоохранения, широко употребляются как специалистами, так и пациентами. Их морфологические формы вполне ассимилированы русским языком и не представляют коммуникативно-прагматических трудностей для его носителей.

В настоящее время ещё одна группа англоязычных заимствований активно функционирует в российском дискурсе. Это лексемы чек-ап (check-up) и ковид-19 (COVID-19), получившие свои морфологические формы в русском языке с помощью транскрибирования и транслитерации. Ниже предлагаем примеры использования данных лексем на вебсайтах российских медицинских клиник и центров.

- (1) Check-up рекомендуется даже здоровым людям один раз в год (<https://olimp03.ru>)
- (2) Чек ап (check-up) — специально разработанные программы комплексного медицинского обследования... Какой Чекап выбрать? (<https://z-clinic.ru>)
- (3) Постковидное восстановление. Полный цикл диагностики, лечения и восстановления для пациентов, перенесших COVID-19
- (4) Сделать тест ПЦР и анализы крови на антитела IgG и IgM на коронавирус COVID-19 в Воронеже, стоимость теста на Ковид-19 от 950 рублей. (<https://www.invitro.ru>)

Данные контексты наглядно демонстрируют разнообразие морфологических форм: английские формы (check-up, COVID-19) могут использоваться со своими транслитерированными аналогами (Чек ап, Ковид-19) в пределах одного контекста. В русских словоформах наблюдаются явные орфографические и пунктуационные вариации: ковид, ковид-19, Ковид-19, КОВИД-19, чек ап, чек-ап, Чекап.

Такая вариативность свидетельствует о незавершенности процесса ассимиляции данных словоформ в грамматическую систему русского языка. При этом словоформа *ковид*, на наш взгляд, проходит процесс ассимиляции быстрее, поскольку уже сейчас в дискурсе возникают грамматически адаптированные формы с префиксами, суффиксами и окончаниями (ковидный, постковидный). Об отсутствии коммуникативных сложностей с восприятием слова говорят как экстралингвистические факторы (глобальный характер заболевания, просветительская кампания в период пандемии, активная пропаганда мер профилактики), так и высокая частотность словоупотреблений в российском официальном и разговорном дискурсе в период 2021–2022 гг.

Ассимиляция заимствования check-up (BrE) / checkup (AmE), определяемого медицинским словарем Merriam-Webster как «периодический медицинский или стоматологический осмотр» [5], далека от завершения. Это подтверждается не только отсутствием единой или общепринятой морфологической формы, но и очевидными сложностями в восприятии значения, которое ещё не закрепились в русском языковом сознании: в реальных контекстах обычно даются определение или толкование слова.

Особая группа англоязычных заимствований в русском дискурсе здравоохранения образуется словами и словосочетаниями, полученными в результате



фразеологического калькирования. К ним относятся общая практика (*general practice*), врач общей практики (*general practitioner*), семейная медицина (*family medicine*), семейный врач (*family doctor*) второе мнение (*second opinion*) — профессиональные фразеологизмы, которые представляют собой заимствования семантического характера, поскольку их новые значения возникли вслед за появлением новых медицинских явлений в российской сфере здравоохранения.

Так, фразеологизм *врач общей практики* восходит к англоязычному GP (*general practitioner*) и используется в российском дискурсе для обозначения новой медицинской специальности, принципиально отличающейся от участкового терапевта и регламентированной профессиональным стандартом «Врач общей практики (семейный врач)» 2018 года. Представляется, что функционирование этого заимствования в профессиональном, разговорном и официальном регистрах российской коммуникации подтверждает высокую степень его ассимиляции в дискурсе здравоохранения.

Медицинский фразеологизм *второе мнение* заимствован из английского языка: *second opinion* — “advice from a second expert (such as a doctor) to make sure advice from the first such expert is correct” [5]. Ниже предлагаем примеры его использования в российском дискурсе.

(5) «Второе мнение» — об этой медицинской услуге говорят все чаще и чаще. Во всем мире пациенты, которые хотят убедиться в правильности поставленного диагноза и назначенного лечения, обращаются за консультацией, призванной разрешить их сомнения (<https://www.emcmos.ru>).

(6) В целом получение второго мнения целесообразно во всех случаях прогрессирования заболевания (включая рецидивы и отрицательную динамику) и перед каждым новым этапом лечения (<https://www.euroonco.ru>).

(7) Второе врачебное мнение желательно получать при любом серьезном заболевании (<https://www.euroonco.ru>).

На наш взгляд, процесс ассимиляции этого профессионального фразеологизма не завершен, поскольку его значение не вполне очевидно для пациентов, о чём свидетельствуют сопровождающие его определения, пояснения, толкования, предлагаемые на сайтах российских клиник и медицинских центров. Оказиональное использование кавычек или добавление определения *врачебное* также указывает на неполную степень ассимиляции данного фразеологизма в дискурсе.

Российский дискурс здравоохранения активно использует англоязычные медицинские заимствования, образованные морфологическими и семантическими способами. Процессы их языковой ассимиляции неоднородны и связаны со многими факторами, такими как продолжительность и частотность употребления, удобная морфологическая форма, актуальное и понятное значение. Сочетание этих факторов в таких заимствованиях как УЗИ или врач общей практики демонстрирует высокую степень ассимиляции; отсутствие одного или нескольких факторов, например, в заимствованиях чек-ап или второе мнение, может указывать на низкую степень ассимиляции или незавершенность адаптации заимствования к коммуникативным потребностям участников российского дискурса здравоохранения.

### **Список источников**

1. Зализняк, А. А. Русская семантика в типологической перспективе / А. А. Зализняк. — Москва : Языки славянской культуры, 2013. — 639 с. — ISBN 978-5-9551-0692-2. — Текст : непосредственный.
2. Сенько, Е. В. Калькирование в современном русском языке / Е. В. Сенько, М. Р. Ленчина. — DOI: 10.30853/filnauki.2020.11.26. — Текст : электронный // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2020. — Т. 13, № 11. — С. 128–133. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kalkirovanie-v-sovremennom-russkom-yazyke> (дата обращения: 15.06.2023).
3. Стеблецова, А. О. Интердискурсивность медиатекстов медицинской профилактики / А. О. Стеблецова, И. А. Стернин. — Текст : электронный // Коммуникативные исследования. — 2019. — Т. 6, № 3. — С. 794–809. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/interdiskursivnost-mediatekstov-meditsinskoj-profilaktiki> (дата обращения: 15.06.2023).
4. Enkova, V. V. Medical Discourse in Media: Breast Cancer Prevention campaign / V. V. Enkova, A. O. Stebletsova // Молодежный инновационный вестник. — 2016. — Т. 5, № 1. — С.693–696. — Текст : непосредственный.
5. Merriam-Webster Dictionary Online : сайт. — URL: <https://www.merriam-webster.com> (дата обращения 20.02.2023). — Текст : электронный.

## **ДИСЦИПЛИНАРНАЯ И ВНЕ-ДИСЦИПЛИНАРНАЯ АНГЛОЯЗЫЧНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКИХ КЕЙСОВ В СТОМАТОЛОГИИ**

**А. А. Царикова, академический директор**

**Ajans FTV, г. Диярбакыр, Турция**

В статье автор делится опытом выделения и ограничения аутентичного языкового (лексического) материала, определения фактического соотношения количества дисциплинарной и вне-дисциплинарной терминологии в англоязычных публикациях клинических случаев в стоматологии с целью создания узко направленного коммерческого онлайн курса английского языка для стоматологов *English for Communication in Dentistry*. Выделенная доля дисциплинарной терминологии в тексте-образце составила 28,5 %, в связи с чем сделан вывод о целесообразности ограничения количества лексических единиц для продуктивного овладения по принципу частотности и предложен инструмент анализа частотности по методологии корпусной лингвистики.

In the article, the author shares the experience of selecting and limiting authentic lexical material, determining the actual ratio of disciplinary and non-disciplinary terminology in English-language publications of clinical cases in dentistry in order to create a narrowly focused commercial online English course for dentists 'English for Communication in Dentistry'. The allocated share of disciplinary terminology in the sample text was 28.5 %, a conclusion was made about the expediency of limiting the number of lexical units for productive mastery according to the principle of frequency, and a tool for analyzing frequency according to the methodology of corpus linguistics was proposed.

*Ключевые слова:* дисциплинарная терминологическая лексика, внедисциплинарная терминологическая лексика, онлайн курс обучения, отбор лексического материала.

*Key words:* disciplinary terminological lexis, non-disciplinary terminological lexis, online training course, selection of lexical material.

Образование врача никогда в истории не заканчивалось получением диплома, особенно очевидно это стало с развитием информационных технологий в обучении, когда практикующим стоматологам стало доступно повышение квалификации и обучение у экспертов мирового уровня онлайн. По этой причине на рынке дополнительного медицинского образования сформировался устойчивый запрос на обучение англоязычному стоматологическому дискурсу именно как инструменту дополнительного образования онлайн для участия в массовых курсах повыше-

ния квалификации, организуемых как отдельными признанными спикерами, так и онлайн-школами, транслирующими на английском языке из любых уголков мира. Важность владения подъязыком стоматологии укрепляется и постоянно растущей гонкой за обладанием ноу-хау, узнавать которые многие хотят первыми на рынке, не дожидаясь публикации переводов на русский язык и проникновения новинок в масс-маркет стоматологии.

С запросом на создание массового онлайн курса английского для стоматологов к автору обратилась известная онлайн-школа дополнительного стоматологического образования, что вызвало необходимость анализа актуального дискурса международных онлайн вебинаров и обучающих видео популярных экспертов и научно-практических публикаций. Во всех этих формах обучения и обмена опытом отчеты о клинических случаях (кейсах) являются одним из важнейших жанров.

Даже обзорное, поверхностное знакомство с их содержанием показало, что терминология, используемая в дополнительном образовании, значительно выходит за пределы необходимого минимума, который студенты изучают в основном университетском курсе иностранного языка, поскольку и задачи преследуются другие, не общеобразовательные, и аудитория уже не студенческая, а профессиональная. В данной статье мы делимся своим опытом выделения и ограничения аутентичного языкового материала, определением соотношения количества дисциплинарной и вне-дисциплинарной терминологии в кейсах для создания узко направленного короткого онлайн курса английского языка для стоматологов.

Выделение дисциплинарной и вне-дисциплинарной терминологической лексики и их соотношения является одним из первых шагов в планировании содержания курса иностранного языка для профессиональных целей, наряду с грамматическим и фонетическим языковым материалом, а также коммуникативными стратегиями, тактиками и приёмами, в то время как ограничение её количества необходимо для соблюдения методических принципов частотной ценности и посильности овладения обучающимися [1, с. 34].

Авторы и спикеры онлайн образования для стоматологов уделяют большое внимание истории болезни как иллюстрации своих ноу-хау и как поводу для обсуждения трудностей, связанных с принятием клинических решений от первоначального диагноза до предоставления стоматологического лечения, а также взаимодействия врача и пациента до и после стоматологических процедур, включая маркетинг: про-

дажу плана лечения, взятие информированного согласия и поддержки лояльности пациента. И если дискурс маркетинга стоматологической помощи внешне мало отличается от речевых маркетинговых стратегий в других сферах, то представление экспертом ноу-хау профессиональным стоматологам — это практически полностью узкоспециализированный жаргон, понятный только специалистам.

Для количественного подсчёта дисциплинарной и внедисциплинарной терминологической лексики в публикации кейсов мы взяли данные профессионального корпуса клинических случаев из онлайн-журнала с открытым доступом на английском языке *Case Reports in Dentistry* [3], поскольку этот журнал содержит тексты исключительно из жанра стоматологической истории болезни. Журнал, согласно его веб-сайту, публикует отчеты о клинических случаях во всех областях стоматологии, включая заболевания пародонта, зубную имплантацию, а также челюстно-лицевую хирургию. Каждая публикация в нём соответствует строгим структурным требованиям и должна включать аннотацию, введение, раздел «Представление случая» с требованием представления всей необходимой информации о пациенте в рассматриваемом случае, а также полного описания симптомов пациента, диагноза, лечение и исхода. Затем следует раздел обсуждения, который предоставляет контекст сообщаемого случая и необходимое объяснение конкретных решений о лечении.

Для лексического анализа мы выбрали 10 публикаций случаев в свободном доступе (по количеству тематических уроков в плане курса) и вручную разделили лексические единицы на дисциплинарные и вне-дисциплинарные (общеупотребительные или общенаучные) термины. Для целей данной публикации приведём пример одного из кейсов, вошедших в содержание онлайн курса (см. Приложение 1). В тексте-образце Приложения 1 количество слов по статистике Word — 525. По статистике Word отдельные слова, попавшие в категорию дисциплинарной терминологии, составили 282. Их мы выделили цветом. Однако лексическими терминологическими единицами мы считали неделимые словосочетания (коллокации), такие как *implant placement*, *bone regeneration*, *radiographic evaluation*, что целесообразно с точки зрения методики обучения ИЯ. Количество таких единиц в тексте-образце — 74, многие из них употреблены неоднократно и считались нами как одна повторяющаяся единица. Следовательно, количество единиц вне-дисциплинарной лексики в виде отдельных слов в образце  $525-282=243$ , что при подсчёте вручную составило 186 сло-

воформ. Таким образом, количество лексем всего в тексте-образце —  $74+186=260$ , а доля дисциплинарной терминологии в тексте-образце —  $74/260$  или 28,5 %.

С точки зрения методики обучения ИЯ и здравого смысла, такая доля новой специализированной лексики, подлежащей запоминанию в одном учебном тексте одного видео урока, является избыточной и непосильной для обучающихся. Поэтому нам потребуется выделить 15 единиц из 74 для активного овладения и отнести оставшиеся 59 единиц к вокабуляру для восприятия (узнавания при чтении и слушании).

При отборе терминологической лексики для овладения в продуктивных видах речевой деятельности (говорении и письме) мы руководствуемся принципом частотности [2, с. 22]. Чтобы провести рейтинг частотности употребления выделенных нами терминологических единиц, мы прибегли к корпусному анализу на интернет-ресурсе *Corpus of Contemporary American English*. Ключевым методологическим соображением для выбора корпусной лингвистики является то, что в данном случае предпочтительнее обратиться к специализированному корпусу, чтобы сделать отбор с как можно меньшим количеством субъективных предубеждений. Благодаря автоматизации этого процесса мы избежали длительного кропотливого подсчёта и субъективных выводов, и в итоговый глоссарий нашего онлайн курса для стоматологов попали достоверно частотные, часто употребляемые дисциплинарные термины.

Таким образом, эмпирические результаты из корпуса отчетов о клинических случаях дают ценную информацию о новых потребностях стоматологов в дополнительном образовании, в понимании языка жанра отчетов о клинических случаях (кейсах), а также дают авторам специализированных курсов и учебных материалов актуальную и не искажённую картину при разработке нового содержания обучения английскому для профессиональных целей.

### **Список источников**

1. Anthony, L. *Introducing English for Specific Purposes* / L. Anthony. — New York : Routledge, 2018. — 221 p. — Text : visual.
2. Coxhead, A. *Vocabulary and English for Specific Purposes Research: Quantitative and Qualitative Perspectives* / A. Coxhead. — Routledge, 2017. — 220 p. — Text: visual.
3. *Case reports in Dentistry* : сайт. — URL: <https://www.hindawi.com/journals/crid/> (дата обращения 12. 11. 2022). — Text : electronic.

## **Приложение 1**

### Narrow Alveolar Ridge Management with Modified Ridge Splitting Technique Abstract

**Purpose.** In this study, we report the usefulness of implant placement with modified ridge splitting technique from three cases of patients with narrow alveolar ridge.

**Materials and Methods.** Three patients were those who visited the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of Ewha Medical Center for consultation regarding implant placement. Through clinical and radiographic evaluation, narrowed alveolar ridge after tooth loss was confirmed in all three patients. For them, it was necessary to use the modified ridge split technique with bone augmentation for the implant to be well placed with enough bone width.

**Results.** In all cases, sufficient bone width was confirmed for implant placement, and bone volume was well maintained after prosthetic restoration without any complications. Initial width of alveolar bone was 4.9mm on average and was well maintained at an average of 7.6 mm at 1-year follow-up after implant installation.

**Conclusion.** Although the number of subjects in this case report was small and was done by only one surgeon, we suggest that modified ridge splitting technique might be a useful surgical method to enhance narrow edentulous alveolar ridges and enable successful implant placement with shorter healing period compared with single guided bone regeneration.

#### Case Report

##### Case 1

A 60-year-old woman with no underlying conditions other than prescriptions of hormone drugs visited the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of Ewha Medical Center for consultation regarding implant placement. The patient's second premolar in the right maxilla had been extracted 8 months ago at a local clinic due to a periapical lesion. Panoramic radiography and cone-beam computed tomography (CBCT) examinations were performed. Radiographic examination revealed a narrowed alveolar ridge at the extraction site, and root caries was suspected under the restoration of the right maxillary first molar. An extraction was planned after further evaluation of this tooth.

During extraction, alveolar ridge preservation and ridge splitting were performed simultaneously using bone graft materials and absorbable barrier membrane. The patient

rinsed with a 0.12 % chlorhexidine digluconate solution before the operation. Following local anesthesia (2 % lidocaine with 1:100,000 epinephrine), a flap including the mid-crestal incision and single vertical incision (mesial area) was reflected to expose the ridge crest. For alveolar ridge splitting, vertical (mesial area) and lateral osteotomies were performed on the maxillary alveolar buccal bone plate using a microsaw. Then, the buccal bone plate, on which ridge splitting was performed, was expanded in the buccal aspect using a chisel by 3~4 mm.

After ridge splitting and expansion, the space between the palatal bone and buccal bone plates and the extraction socket were filled with 0.25 g of mineralized freeze-dried bone allograft, 0.25 g bovine bone mineral, and absorbable barrier membrane. In order to achieve a tension-free suture, a periosteal-releasing incision was performed to extend the flap, and after that, the interrupted suture was done.

Postoperative instructions were given to the patient. A 7-day supply of antibiotics (250 mg amoxicillin) and analgesics (385mg ibuprofen) were prescribed along with 0.12 % chlorhexidine mouthwash. The sutures were removed 7–10 days after surgery. Periodic follow-up found that the bone graft was stable at 4 months, as observed on radiographs, and implants were subsequently placed.



## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	3
<b>Медицинский дискурс глазами практикующих врачей .....</b>	<b>4</b>
ВИНОГРАДОВА Е. В., МАСЮКОВ С. А. Критерии удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи .....	5
КАРАЕВА Е. В. Особенности взаимодействия врача-кардиолога с пациентами пожилого возраста при наличии коморбидной патологии .....	12
КОЛЕСНИКОВА И. Ю. Проблемы понимания и интерпретации при заполнении медицинской документации .....	16
КОНОНОВА А. Г., КОЛБАСНИКОВ С. В., КОРИЧКИНА Л. Н., ЗЕНИНА О. Ю. Коммуникативные отношения «врач-пациент» в терапии и общей врачебной практике: фокус на приверженность .....	20
МАКСИМОВ Д. А., ЦВЕТКОВА Э. С. Актуальность психологического сопровождения женщин с раком молочных желёз, находящихся на стационарном лечении социально-психологические и философские аспекты медицинского дискурса .....	26
<b>Социально-психологические и философские аспекты медицинского дискурса .....</b>	<b>32</b>
БАШИЛОВ Р. Н., БАШИЛОВА С. М. Права пациентов в оптике биоэтики ...	33
ЖИЛЯЕВА О. А., ВАСИЛЬЕВА Т. В. Некоторые причины возникновения коммуникативных неудач между врачом и пациентом .....	38
ИВАНОВ А. Г., КОРОЛЮК Е. Г. Нравственность в этико- деонтологических аспектах преподавания и врачевания .....	43
КОРИЧКИНА Л. Н., ПОСЕЛЮГИНА О. Б., ЗЕНИНА О. Ю., КОНОНОВА А. Г. Социальный и коммуникационный аспект неуспеваемости студентов в медицинском вузе .....	49
РЕМПЕЛЬ Е. А., БАРСУКОВА М. И., РАМАЗАНОВА А. Я. Особенности речевого взаимодействия врача с пациентами пожилого возраста .....	54
ТИХОНОВИЧ И. И. Харизма и лидерские качества преподавателя высшей школы .....	60
<b>Методические аспекты формирования коммуникативной компетенции врача .....</b>	<b>64</b>
АНТИПИНА О. В. Проблемы эффективной коммуникации при обучении иностраных студентов-медиков в формате english medium .....	65

ГАВРИЛЕНКО Н. Г., СОКОЛОВА А. Ю. Развитие навыков профессиональной коммуникации на иностранном языке: работа с ассимилированными латинскими единицами в медицинском английском языке .....	73
ЕЛСУКОВА Е. Г. Новые изменения в обучении студентов фармацевтической латыни .....	81
КУРИЦЫНА И. Ю. Стандартизация коммуникативных образцов при амбулаторной регистрации пациента .....	85
МЕНЖИНСКАЯ-ВОЙТОВА А. В., АБЕДКОВСКАЯ И. Ю. Владение иностранным языком как фактор профессиональной успешности .....	90
МИТЕРЕВА Г.В., ТИХОНОВИЧ И.И. Способы организации самостоятельной работы при обучении иностранному языку в неязыковом вузе .....	94
НАУМЕНКО Ю. Н. Визуальное представление результатов исследования в научных статьях медицинской тематики .....	99
ОЛЕХНОВИЧ О. Г., АНЦИФЕРОВА О. Н., ЧЕРНЫШОВА В. Г. Специфика «медицинского дискурса» в период XVII века (на материале документов «дела аптекарского приказа») .....	102
ОСЬМАК О. В. Отбор языковых средств для анализа графика в медицинском тексте .....	109
ПЕТРОВА М. Н. Современные стратегии развития иноязычного образования .....	113
ПРОСТОТИНА О. В., СКАЧИНСКАЯ И. А. Особенности работы с аутентичными текстами на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе .....	118
САХНОВА О. И. Индивидуализированный подход к формированию тематического словарного запаса на английском языке (на материале медицинской лексики) .....	122
САЯНОВА Г. И. Формирование необходимого уровня языковой компетенции выпускника неязыкового вуза .....	128
СТЕБЛЕЦОВА А. О. Ковид и чек-ап в российском дискурсе здравоохранения: особенности ассимиляции англоязычных заимствований .....	133

А. А. ЦАРИКОВА Дисциплинарная и вне-дисциплинарная англоязычная терминология клинических кейсов в стоматологии .....	138
Приложение 1 .....	142

Научное электронное издание

**МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

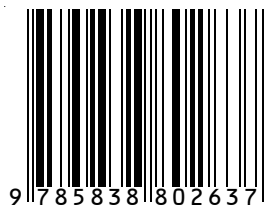
Сборник научных трудов по материалам  
XI международной научно-практической  
и образовательной конференции  
7 апреля 2023 г.

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*

Подписано в печать 30.06.2023 г. Формат 60×84 1/8.  
Усл. печ. л. 14,43. Гарнитура Times New Roman. Заказ.18

ISBN 978-5-8388-0263-7



9 785838 180263 7