

**Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение  
«Институт Стратегии Развития Образования Российской Академии  
Образования»**

На правах рукописи

Вацкель Елизавета Александровна

**Лингводидактический компонент  
просветительской деятельности врача**

13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования

**Диссертация**

на соискание ученой степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель:  
Ванчакова Нина Павловна  
Доктор медицинских наук, профессор

Научный консультант:  
Лукацкий Михаил Абрамович  
Доктор педагогических наук, профессор,  
член-корреспондент РАО

Москва-2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |            |
|---|------------|
| ВВЕДЕНИЕ.....   | 3          |
| <b>ГЛАВА I. Просветительская деятельность врача: сущность и функциональное предназначение.....</b>  | <b>19</b>  |
| 1.1. Биоэтическое и деонтологическое содержание просветительской деятельности врача .....   | 19         |
| 1.2. Своеобразие речевого влияния врача на пациента в ходе решения просветительской задачи формирования представлений о регламентах здоровьесообразного поведения .....                       | 49         |
| 1.3. Лингвокогнитивные, лингвокоммуникативные и лингвопрагматические аспекты просветительской деятельности врача .....  | 72         |
| Выводы по главе I.....  | 94         |
| <b>ГЛАВА II. Просветительская деятельность врача как процесс целенаправленного приобщения пациента ведению здоровьесообразного образа жизни.....</b>  | <b>101</b> |
| 2.1. Содержание и композиция просветительских речевых посланий, адресованных пациенту и ориентированных на формирование у него релевантных представлений о здоровьесообразном поведении ..... | 101        |
| 2.2. Теоретические основания и алгоритм выстраивания врачом речевого взаимодействия с пациентом в контексте реализации просветительской функции.....  | 124        |
| 2.3. Апробация алгоритма просветительского речевого взаимодействия врача и пациента .....   | 162        |
| Выводы по главе II.....   | 181        |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....   | 186        |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....   | 193        |
| ПРИЛОЖЕНИЯ .....  | 227        |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Расширение границ педагогической исследовательской деятельности – непреложный факт, свидетельствующий о существенно возросших исследовательских возможностях педагогики и о важности реализации педагогических исследовательских инициатив для углубленного научного постижения феномена человеческого бытия. Педагогическая наука, изучающая то, как образовательное влияние одних людей изменяет рисунок мышления и поведение других людей, уже давно не замыкается на вопросах, связанных с исследованием процессов обучения и воспитания в образовательных учреждениях разного типа и вида. Став взрослее, увереннее в своих силах и приобретя более отточенный исследовательский инструментарий, педагогическая наука во многом переосмыслила свой статус и свою роль в деле раскрытия тайн человеческого существования. В фокусе педагогических исследований оказались не только образовательные события и явления, происходящие в образовательных учреждениях, но и образовательные события и явления, фиксируемые в других учреждениях, а также в сфере межличностного взаимодействия людей.

Оказался в поле исследовательского внимания педагогической науки и процесс коммуникации врача и пациента, всегда включающий в себя образовательный компонент. Повествование о здоровьесообразном образе жизни, адресованное пациенту, приобщение больного к нормам и регламентам такой жизни, – неотъемлемая часть профессиональной деятельности врача. Без осуществления врачом просветительской функции лечебный процесс теряет смысл и становится лишь совокупностью манипуляций с телесностью, инженерией плоти. Исключение просветительского начала из медицинской помощи – знак ее вырождения и абсолютного игнорирования больного человека как носителя сознания. От того как врач осуществляет просветительскую функцию, от того, что в

содержательном отношении представляет собой его просветительское послание пациенту (нарратив врача), зависит и ход лечебного процесса, и отношение больного к происходящему с ним. И потому детальное изучение того, на каких теоретических основаниях и как алгоритмически должна выстраиваться просветительская деятельность врача, необходимо сделать предметом научно-педагогического исследования.

В настоящее время сфера здравоохранения как в России, так и за ее рубежами стремительно изменяет свой лик. Приобретает новые специфические черты и характер коммуникативного взаимодействия врача и пациента. Вполне очевидно, что в этих условиях фокусирование исследовательского внимания на проблематике, связанной с реализацией врачом просветительской функции, должно в полной мере учитывать особенности этого нового формата взаимодействия врача и пациента, который сегодня складывается в области оказания людям медицинской помощи и формирования у них культуры здоровья.

Одно из знаковых изменений, в настоящее время интенсивно происходящих в сфере здравоохранения, получило название «медикализация». Медикализация – это процесс, в контексте которого человеческое тело становится объектом углубленного и все более пристального медицинского контроля и регулирования. Медикализация захватывает все пространства человеческого бытия. В фокусе ее внимания оказывается практически все, что связано с бытием человека: рождение, детство, юность, зрелость, старость, смерть, страдание, питание, телесная и психическая активность, досуг, профессиональная жизнь. Процесс медикализации в буквальном смысле заставляет каждого из нас все пристальнее следить за функционированием своего тела. Прямым следствием этого становится стремительное укоренение в нашей жизни практик заботы о теле и появление особой сферы индустрии – индустрии здоровья. Происходящее вносит в наше бытие далеко не только то, что однозначно может быть позитивно оценено. Обыденными феноменами становятся

эстетическое экспериментирование человека со своей внешностью, моделирование им своей телесности, придание ей новых форм с помощью пластической хирургии, изменение пола, многочисленные попытки заставить биологию, разгадавшую ряд тайн молекулярной генетики, служить гедонистическим намерениям индивида.

Медикализация затрагивает все слои населения, она трансформирует рисунок социального бытия людей. Былое различие людей по признаку больной / здоровый перестает отражать реалии современной жизни. Представители медицинской науки и сферы здравоохранения откровенно оповестили всех о том, что на сегодня медицина не способна излечивать хронические заболевания (соматические патологии), которые фиксируются у большинства людей с помощью становящегося все более точным диагностического инструментария. Современный человек – носитель хронической патологии, обращающийся к врачу, надеется не на излечение, а на достижение ремиссии, того состояния, когда стирается граница между показателями здоровья, нормы которого устанавливаются социально, и показателями, свидетельствующими об отклонении от этой нормы и о наличии заболевания. Эта особенность общественного бытия, заключающаяся в стирании грани между больными и здоровыми, между болезнью и здоровьем, побудила Артура Франка – известного ученого, занимающегося изучением этого социального феномена, назвать общество, в котором мы живем, «обществом ремиссии»<sup>1</sup>.

Одним из важных следствий набирающего интенсивность процесса медикализации выступает изменение самосознания современного человека. Он осваивает различные технологии заботы о своей телесности, что подчас радикально изменяет рисунок его жизни. Следить за новинками в сфере индустрии здоровья – отныне повседневное занятие человека, заботящегося о своем физическом здравии. Теперь коррекция состояния своего физического

---

<sup>1</sup> Frank, A. Wounded storyteller: body, ethics and illness / A. Frank. - Chicago: University of Chicago press. – 1997. – 231 p.

«Я» – это культурно одобряемая, технологически выверенная и оправданная в научно-медицинском отношении деятельность. Такой образ жизни делает современного человека предельно чувствительным к достижениям медицины. Он использует различные информационные каналы для получения интересующих его медицинских сведений и зачастую получает их в сети Интернет в предельно замутненном виде. Став активным потребителем медицинской информации, человек, нравится нам это или нет, стал воспринимать себя как пациента, который с момента рождения должен находиться под присмотром медицинской науки и врача как главного ее представителя. «Пациентское» сознание – это неотъемлемый признак сознания наших современников. Сформировался особый тип человека – человек тотально зависимый от биомедицинского знания. Это особый, пока еще малоизученный, вид зависимости. Вместе с тем она (эта зависимость) наукой констатируется, ее влияние на поведение человека и его ментальную жизнь без труда фиксируется.

Именно такой человек и приходит сегодня к врачу. Этот человек, хотя и проявляет повышенный интерес к биомедицинскому знанию, не имеет систематических представлений о здоровье и нездоровье, о причинах, вызывающих телесные и ментальные страдания. Нередки случаи, когда ему начинает казаться, что его познаний вполне достаточно для понимания происходящего с ним. Он, опираясь на самостоятельно добытую биомедицинскую информацию, ставит себе диагноз и облакает изобретенную им трактовку диагноза в псевдонаучные концептуальные схемы. В его сознании формируется так называемый «миф болезни», разрушить который совсем не так просто даже опытному врачу. Нередкими являются и ситуации, когда больной, не обладающий сбалансированными в биомедицинском отношении познаниями, трактует случившееся с ним метафорическим образом. Его уверенность в том, что болезнь – это наказание за грехи или следствие неправильного мышления, избыточной концентрации на своих чувствах и переживаниях, следствие подчинения личной жизни

разнонаправленным желанием, может быть настолько сильна, что пояснения врача оказываются не в состоянии поколебать эту уверенность пациента.

Сегодня на приеме у врача совсем не такой пациент, с каким встречался врач буквально 20-30 лет тому назад. На приеме врач встречается с человеком, который, с одной стороны является носителем этой еще мало изученной зависимости от биомедицинского знания, а с другой стороны – человеком, вольно играющим с осколками биомедицинского знания, нередко почерпнутого из сомнительных источников. Подготовка врача к встрече с таким пациентом – одна из базовых задач, стоящих сегодня перед сферой здравоохранения. И такая подготовка предполагает системное обучение студента и практикующего врача тому, как следует обращаться со словом, как облекать свои медицинские рекомендации пациенту в речевые послания, релевантные ситуации лечения и доступные больному для восприятия и понимания.

Нельзя упускать из вида и то, что слово врача – это инструмент, который при правильном использовании укрепляет в пациенте надежду на выздоровление и веру в непреложный смысл его существования. Слово врача способно уберечь человека от необдуманных поступков, и только оно может стать надежным проводником для больного на пути его борьбы с недугом. Владение словом следует рассматривать как то профессионально важное качество врача, без которого он всего лишь лицо, осведомленное в области медицинского знания. В образовательной работе по формированию этого знакового для врача качества должны принимать участие лингводидакты, лингвокультурологи, специалисты в сфере прагмалингвистики и педагогической семиологии. Попытка получения выверенного ответа на вопрос: как организовывать и как содержательно наполнять такую работу, – и предпринята в настоящей диссертационной работе. Такая постановка вопроса и обуславливает ее актуальность.

**Степень разработанности темы.** Профессиональная деятельность врача многократно становилась предметом научного изучения, анализа и

осмысления. Сегодня истинность утверждения о том, что профессиональная деятельность врача включает в себя педагогическую составляющую, не вызывает у научного сообщества никаких сомнений в своей истинности. Это нашло, в частности, свое отражение в активном использовании понятия «врач-педагог» в научных публикациях. Список научных источников, посвященных рассмотрению того, что представляет собой педагогическая составляющая деятельности врача, включает большое количество трудов. В фокусе исследователей процесса реализации врачом педагогической миссии оказались разные стороны этого явления. В многочисленных публикациях освещены вопросы, связанные: 1) с трансформацией педагогической составляющей деятельности врача в культурно-историческом контексте; 2) с изучением социальной роли врача-педагога в современном мире; 3) с педагогической и психологической компетентностью современного врача; 4) с формированием педагогических представлений у будущего врача в контексте его обучения в медицинском вузе; 5) с повышением педагогической квалификации врача в системе дополнительного профессионального образования; 6) с личностными качествами врача, с его ценностными установками, деонтологическими, биоэтическими знаниями и моделями профессионального поведения; 7) с готовностью врача к осуществлению педагогической функции; 8) со становлением у работников сферы здравоохранения концепции «Я-врач-педагог»; 9) с построением системы совершенствования педагогического мастерства врачей; 10) с разработкой образовательных программ, позволяющих студентам медицинских вузов и врачам осваивать в разных обучающих режимах хорошо зарекомендовавшие себя на практике методики, способы и алгоритмы педагогического взаимодействия с пациентами; 11) с мотивированием врачей к включению в свою деятельность инновационных педагогических разработок; 12) с формированием культуры речи и коммуникативной компетентности у будущих врачей и совершенствованию этих умений и навыков у практикующих врачей.



Обзор содержания научных публикаций, в которых находят рассмотрение вопросы, связанные с педагогической составляющей профессиональной деятельности врача, позволяет сделать вывод о том, что проблематика, касающаяся лингводидактического обеспечения этой деятельности, еще не получила должного научно-педагогического раскрытия.

Педагогическая составляющая профессиональной деятельности врача – это та совокупность информационно-образовательных мероприятий, которые осуществляются врачом с целью распространения биомедицинских знаний, дающих возможность пациенту сформировать линию здоровьесообразного поведения. В контексте педагогического взаимодействия с врачом пациент получает выверенные сведения о своем психофизическом состоянии, понимает суть происходящего с ним и приобретает устойчивые навыки ведения жизни, минимизирующие психосоматический ущерб, наносимый ему недугом. В настоящей работе такая совокупность информационно-образовательных мероприятий, реализуемых врачом и приводящая к формированию у больного стереотипов здоровьесообразного поведения, названа просветительской деятельностью врача. Понятие «просвещение» в работе трактуется как распространение знаний, вид образовательной деятельности, система воспитательно-образовательных мероприятий.

**Объект исследования** – просветительская деятельность врача, ориентированная на формирование у пациента здоровьесообразного образа жизни.

**Предмет исследования** – речевое поведение врача, осуществляющего просветительскую деятельность.

**Гипотеза исследования** состоит в предположении, согласно которому эффективность просветительской деятельности врача зависит от ряда факторов, один из которых – дизайн (структура) и содержание речевых посланий врача, адресованных больному. Речевое (просветительское) воздействие врача на пациента может стать эффективным в том случае, когда речевое поведение врача будет выстраиваться на основе теории речевых

актов, разработок педагогической семиологии, лингводидактики, лингвокультурологии и прагмалингвистики.

**Цель исследования** – теоретически обосновать и апробировать алгоритм разработки просветительских речевых посланий, адресуемых врачом пациенту, которые позволят эффективно формировать у больного здоровьесообразное поведение.

Достижение поставленной цели предполагает решение ряда взаимосвязанных **задач**:

1) определить сущность и выявить специфику просветительской деятельности врача, направленной на формирование у пациента здоровьесообразного образа жизни;

2) раскрыть лингводидактическую специфику речевого воздействия врача на пациента в процессе реализации просветительской миссии, ориентированной на формирование здоровьесообразного поведения у пациентов;

3) обосновать возможность использования теории речевых актов, теоретических разработок педагогической семиологии, лингводидактики, лингвокультурологии и прагмалингвистики в качестве основы моделирования просветительских речевых текстов, используемых врачом в контексте коммуникации с пациентом;

4) разработать содержание и структуру просветительских речевых текстов, адресованных больному и нацеленных на его обучение нормам и регламентам ведения здоровьесообразного образа жизни;

5) разработать алгоритм создания корпуса просветительских речевых посланий, ориентированных на формирование у пациента представлений о ведении здоровьесообразного образа жизни и осуществить его апробацию.

**Теоретические и методологические основы исследования.** Выбор теоретических и методологических основ исследования определяется поисковой направленностью работы, характером цели и спецификой задач, решаемых на каждом из этапов осуществления исследования,

необходимостью использования широкого арсенала средств теоретического и прикладного изучения особенностей речевого поведения врача, осуществляющего просветительскую деятельность.

В диссертации применено сочетание проблемно-тематического и аналитического рассмотрения материалов, позволяющих выявить и охарактеризовать специфику реализации врачом просветительской миссии и построения им текста речевого воздействия на пациента. В процессе исследования находят применение методы лингвофилософского, лингводидактического, лингвокультурологического, семиологического, герменевтического, общепедагогического анализа, позволяющие рассмотреть в теоретической плоскости и разработать в прикладном отношении алгоритм конструирования просветительских речевых посланий, адресуемых врачом пациенту и ориентированных на формирование у больного формата здоровьесообразного поведения.

В ходе осуществления работы были использованы труды отечественных и зарубежных ученых в области:

- дискурс-анализа (отечественные ученые: В.И. Карасик, Е.С. Кубрякова; зарубежные ученые: Э. Бенвенист, Ж. Деррида, М. Фуко и др.);

- концептуального анализа (отечественные ученые: Н.Д. Арутюнова, Ю.С. Степанов, А.Д. Шмелев и др.; зарубежные исследователи: М. Джонсон, Дж. Лакофф и др.);

- лингвофилософии (зарубежные ученые: Л. Витгенштейн, В. Гумбольдт, Д. Остин, Э. Сепир, Д. Серль, Н. Хомский, М. Фуко и др.);

- семиологии / семиотики (отечественные ученые: Ю.С. Степанов и др.; зарубежные ученые: Р. Барт, Ч. Моррис, Ф. де Соссюр и др.);

- прагмалингвистики и теории речевых актов (отечественные исследователи: Т.А. Маслова, В.И. Стернин, В.И. Карасик, П.Б. Паршин, Е.В. Шелестюк, Н.И. Формановская; зарубежные ученые: Г.П. Грайс, Д. Остин, Д. Серль и др.);

- лингводидактики (И.М. Бим, С.Г. Тер-Минасова, Н.М. Шанский и др.);
- высшего медицинского и дополнительного профессионального образования (Н.В. Кудрявая, А.В. Коржуев, В.А. Попков, Н.П. Ванчакова, С.И. Куликов, Н.А. Русина и др.);
- педагогической семиологии (М.А. Лукацкий, Ю.Г. Куровская);
- педагогики (отечественные исследователи: Н.В. Бордовская, А.А. Вербицкий, И.Я. Лернер, И.М. Осмоловская, В.М. Полонский, И.Д. Лельчицкий и др.; зарубежные исследователи: Б. Блум, Дж. С. Брунер и др.).

**Методы исследования.** В работе был использован комплекс теоретических методов, включающий в себя методы анализа и интерпретации научной литературы и нормативной документации, аксиоматический метод, метод абстрагирования и формализации, метод научно-педагогического конструирования и проектирования. В качестве эмпирических методов исследования в работе были использованы методы наблюдения, сравнения, анкетирования, экспертного оценивания, психологического тестирования, методы статистической обработки данных.

**Научная новизна результатов исследования** заключается в следующем:

- 1) речевое поведение врача рассмотрено как составная часть его просветительской (педагогической по своей сути) деятельности;
- 2) выявлен и охарактеризован ресурс речевого влияния врача на процесс формирования у пациента здоровьесобразного образа жизни;
- 3) феномен речевого влияния врача на пациента (просветительского по своему содержанию) рассмотрен сквозь призму взглядов лингвофилософии, лингводидактики, педагогической семиологии, лингвокультурологии;
- 4) обоснован алгоритм построения речевой деятельности врача, базирующийся на теории речевых актов и направленный на формирование у пациента стереотипов здоровьесобразного поведения;

5) разработанный алгоритм построения речевой деятельности врача апробирован и сформулированы рекомендации по его использованию.

**Теоретическая значимость исследования** определяется тем, что в нем:

1) рассмотрено биоэтическое и деонтологическое содержание просветительской деятельности врача;

2) охарактеризовано своеобразие речевого влияния врача на пациента в ходе решения им просветительской задачи формирования представлений больного о нормах и регламентах ведения здоровьесообразного образа жизни;

3) дана развернутая интерпретация лингвокогнитивных, лингвокоммуникативных и лингвопрагматических аспектов просветительской деятельности врача;

4) предложен вариант композиционного оформления и содержательной трактовки врачебного просветительского текста, адресованного пациенту и несущего больному сведения о принципах ведения здоровьесообразного образа жизни;

5) выявлены возможности использования базисных установок теории речевых актов в контексте разработки структуры и содержания речевых посланий врача, адресованных пациенту и направленных на выработку у него здоровьесообразной линии поведения;

6) введены понятия «просветительский текст» и «просветительское речевое послание врача», которые необходимы для осуществления процедур конструирования корпуса речевых высказываний врача, адресованных пациенту и направленных на приобщение его к ведению здоровьесообразного образа жизни.

**Практическая значимость** диссертационного исследования заключается в том, что внедрение полученных в ходе его проведения результатов в процесс гуманитарной подготовки будущих врачей в медицинских университетах и в процесс повышения педагогической квалификации практикующих врачей, позволит оптимизировать эти

образовательные процессы, что положительным образом скажется на реализации сферой здравоохранения, присущей ей миссии просвещения населения.

**База исследования.** Исследование осуществлялось на следующих базах: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»: кафедра педагогики и психологии факультета последипломного образования, кафедра пропедевтики внутренних болезней, клиника кафедры пропедевтики внутренних болезней, отделение гемодиализа клиники кафедры пропедевтики внутренних болезней, отделение гемодиализа СПб ГБУЗ «15 Городская больница».

**Организация исследования.** Исследование проводилось с 2011 г. по 2018 г. и состояло из нескольких этапов.

Первый этап (2011 – 2013 г.г.) включал в себя проведение анализа существующей ситуации в сфере педагогической и лингводидактической подготовки врачей, изучение психолого-педагогической и лингвистической литературы по направлению исследования. В ходе этого этапа были определены основные теоретико-методологические подходы и подобран научный инструментарий к решению поставленных в исследовании задач. В контексте данного этапа был проведен анализ нормативно-правовой базы отечественного высшего медицинского образования, анализ отечественных и зарубежных исследований, касающихся вопросов педагогической подготовки врачей для работы в сфере здравоохранения, был обобщен накопленный в сфере здравоохранения опыт повышения гуманитарной компетентности врачей. Были разработаны дизайн, содержание, композиция просветительского педагогического текста, ориентированного на формирование представлений о ведении здоровьесообразного образа жизни.

Второй этап (2013 – 2015 г.г.). В рамках этого этапа были проведены диагностические, опытно-экспериментальные и разработнические мероприятия, запланированные в диссертационном исследовании.

Третий этап (2015 – 2018 г.г.). В ходе этого этапа исследования была осуществлена статистическая обработка результатов, полученных в рамках реализации диагностических и опытно-экспериментальных мероприятий, а также результатов, полученных в контексте апробации разработанного алгоритма построения речевого поведения врача, алгоритма, который базируется на теории речевых актов и направлен на формирование у пациента стереотипов здоровьесообразного поведения. На этом этапе были сформулированы основные выводы диссертационного исследования и сформулированы положения, выносимые на защиту.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Педагогическая составляющая профессиональной деятельности врача – это неотъемлемая часть его профессиональной деятельности, суть которой состоит в квалифицированном осуществлении информационно-образовательного влияния на больного. Целью такого влияния является: ознакомление пациента с данными о психосоматическом состоянии, формирование у него релевантных представлений о собственном здоровье, повышение уровня его мотивации к преодолению психофизического неблагополучия и оказание помощи в приобретении им навыков ведения здоровьесообразного образа жизни.

2. Просветительская деятельность врача является базовым педагогическим средством приобщения пациента к здоровьесообразному образу жизни. Просветительская деятельность врача реализуется посредством целенаправленного и выверенного речевого воздействия на пациента. Она (просветительская деятельность) отстраивается на целевых педагогических установках врача – субъекта речевого воздействия, регулирующего поведение больного и канализирующего его интеллектуальную деятельность в нужном для лечебного процесса русле.

3. Эффективность просветительского влияния врача на пациента зависит от ряда факторов, среди которых доминирующую роль играют: 1) коммуникативная грамотность врача (совокупность коммуникативных

знаний, умений и навыков, обеспечивающих врачу возможность конструктивно взаимодействовать с пациентом в регламентированных условиях встречи с ним); 2) коммуникативное поведение врача (соблюдение коммуникативных норм и правил, которых в обязательном порядке должен придерживаться врач как представитель сферы здравоохранения); 3) языковая компетентность врача (владение языковым инструментарием, позволяющее врачу продуцировать языковые выражения, которые понятны для пациента, логически безупречны и содержат важное для больного значение).

4. Речевое воздействие врача на пациента – это коммуникативное влияние, реализуемое при помощи языковых средств (слов, текстов). Успешность речевого воздействия зависит от выбора врачом языковых средств, аргументированности его речи, композиционного расположения высказываний, адресованных пациенту, от выбора конструктивного способа речевого влияния на больного (доказывание, убеждение и др.).

5. Просветительский текст, используемый врачом в контексте взаимодействия с пациентом и ориентированный на формирование у пациента рациональных представлений о смысле ведения здоровьесообразного образа жизни, прогнозах лечения, принципах и правилах поведения в условиях заболевания и лечения, – это текст, имеющий структуру и содержательное наполнение, которые задаются информационно-образовательными целями. Такой текст включает в себя ряд биоэтических, биомедицинских и прогностических (по смыслу) речевых высказываний, логически корреспондирующих друг с другом и подчиненных просветительскому замыслу.

6. Конструирование просветительских текстов, позволяющих врачу эффективно решать задачу приобщения пациента к ведению здоровьесообразного образа жизни, – процедура, теоретическим фундаментом и прикладным инструментарием которой могут выступать: лингвофилософское обоснование основополагающей роли языка и речи в



мышлении человека, теория речевых актов и разработки лингводидактики, педагогической семиологии, лингвокультурологии и прагмалингвистики.

7. Обучение студентов медицинских университетов и врачей – слушателей программ дополнительного профессионального образования, алгоритмическим процедурам конструирования просветительских текстов, адресуемых пациенту, целесообразно сделать неотъемлемой частью образовательных программ, реализуемых в высшей медицинской школе и системе повышения квалификации врачей.

**Достоверность результатов исследования.** Результаты диссертационной работы носят обоснованный и достоверный характер. Их обоснованность и достоверность определяется тем, что в ходе проведения исследования были использованы методы релевантные его цели и задачам. Результаты, полученные в контексте исследования, подтверждены многочисленными ссылками на аутентичные научные источники. Эти результаты были получены в ходе проведения логически выверенных аналитических и опытно-экспериментальных процедур.

Результаты настоящего исследования обсуждались на заседании лаборатории теоретической педагогики и философии образования ФГБНУ «Институт стратегии развития образования Российской академии образования» и заседании кафедры педагогики и психологии факультета последиplomного образования ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова».

Результаты работы были представлены на XXI и XXII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство (Москва, 2014; Москва, 2015, IX Научно-практическом конгрессе с международным участием «Рациональная фармакотерапия 2014» (Санкт-Петербург, 2014), Научно-практической конференции «Проблемы и перспективы непрерывного образования взрослых» (Санкт-Петербург, 2015), Научно-практической конференции «Научное наследие профессора Б.А. Лебедева», (Санкт-Петербург, 2015), I международном конгрессе «Физиотерапия – Лечебная

физкультура – Медицинская реабилитация», (Москва, 2015), Научно-практической конференции с международным участием «Полиморбидность патологии – важнейшая проблема современного скоромощного стационара» (Санкт-Петербург, 2015), VII Региональной конференции СПб и СЗ «Актуальные вопросы заместительной почечной терапии» (Санкт-Петербург, 2015), I Международной конференции «Педагогика и психология в медицине: традиции, инновации, достижения» (Санкт-Петербург, 2016), Конгрессе «Актуальные вопросы медицинского образования и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2017), семинаре международного проекта «Testing modern technologies for inverted classes in healthcare teaching» (Фрибур, Швейцария, 2018).

Результаты диссертационного исследования прошли широкую апробацию и нашли отражение в 9 научных статьях, размещенных в ведущих отечественных журналах, включенных ВАК РФ в список периодических изданий, рекомендуемых для опубликования основных научных результатов диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

**Структура диссертации.** Структура диссертации состоит из введения, двух глав, заключения. Общий объем основного текста диссертации составляет 192 страницы, библиографический список, включает 309 наименований (в том числе 59 библиографических источников на иностранном языке). К работе прилагается 1 рисунок, 4 таблицы, 2 диаграммы, 2 приложения.

# **ГЛАВА I. ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА: СУЩНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ**

## **1.1. Биоэтическое и деонтологическое содержание просветительской деятельности врача**

Каждая профессия имеет определенную систему требований к тем личностным качествам, которыми должен обладать специалист для качественной и успешной реализации профессиональной деятельности. Исследование таких требований становится особенно актуальным при рассмотрении ряда специальностей, связанных с повышенным уровнем ответственности – специальностей, представители которых могут оказывать влияние на жизнь и здоровье людей, например, педагогов, психологов, врачей.

Врач – специалист, работающий с такой основополагающей ценностью как жизнь человека. Не подлежит сомнению, что в связи с этим, к подобному специалисту должны предъявляться высочайшие требования, а вся система профессиональной подготовки должна быть направлена на развитие личности специалиста и формирование профессионально-значимых личностных качеств, позволяющих взаимодействовать в сложнейшем профессиональном поле на основе этики и гуманизма. Врач соприкасается не просто со здоровьем или заболеваниями, он взаимодействует с личностью человека, обратившегося за медицинской помощью. Именно поэтому доктор должен уважать достоинство личности пациента вне зависимости от статуса и возможностей последнего (Б.Г. Юдин, R. Andorno) [246, 253]. Осуществление медицинской помощи, так или иначе, всегда было связано с решением ряда сложных этических вопросов, подтверждением чему служат труды выдающихся врачей, в которых с древности затрагивались вопросы

поведения в сложных с этической точки зрения ситуациях (например, Гиппократ – «Клятва», «О благоприличном поведении», Авиценна – «Канон врачебной науки» и др.) [49, 72]. В настоящее время происходит все большее усложнение оказания медицинской помощи в связи с развитием биомедицины и фармакологии, а также возникновением новых биотехнологий. Вопросы зарождения жизни (в том числе при помощи современных вспомогательных репродуктивных технологий), сложнейшие вопросы смерти и умирания, прав человека на принятие решения относительно лечения и его прерывания, проблемы медицинской генетики, трансплантации органов, определения границ проведения биомедицинских исследований – вот лишь неполный перечень морально-нравственных проблем, с которыми регулярно приходится сталкиваться современному врачу [246]. Все это ведет к все более частому возникновению конфликтов ценностей и интересов, решение которых не может быть сведено к «готовым рецептам», а требует вдумчивого анализа и обсуждения, диалога заинтересованных в решении сторон [246].

Очевидно, что для качественной и эффективной работы в столь сложном профессиональном поле врач должен обладать большим количеством развитых профессионально-значимых личностных качеств – индивидуально-психических и личностных качеств человека, способствующих осуществлению определенной деятельности [17]. В целом, профессионально-значимые личностные качества врача могут быть определены как комплекс обеспечивающих реализацию целей профессиональной деятельности устойчивых характеристик личности специалиста, которые проявляются в процессе взаимодействия с пациентом и выражаются в готовности к реализации специфических социальных функций [114].

В исследованиях, посвященных сущности и специфике профессионально значимых качеств врача, предпринимаются, как попытки выделить сами качества, так и попытки их классифицировать. Например,

В.Н. Левина выделяет следующие группы необходимых врачу профессионально-значимых личностных качеств: волевые качества (такие как дисциплинированность, ответственность, пунктуальность), интеллектуальные качества (например, диалектичность мышления, наблюдательность), морально-этические качества (милосердие, альтруизм, моральная ответственность, сострадание) [114]. В исследовании Б.А. Ясько были выделены следующие группы качеств: качества, связанные с познавательными процессами (мышлением, воображением, вниманием), качества, связанные с эмоциональными особенностями, а также с речевыми и коммуникативными свойствами [250]. Согласно А.Д. Донике, к профессионально-значимым качествам личности врача могут быть отнесены следующие группы качеств специалистов: психоэмоциональные (например, самообладание, спокойствие), морально-этические (такие как милосердие, терпимость к чужим недостаткам) и физические (например, выносливость) [59].

По мнению коллектива авторов ЯГМУ (Н.А. Русина, О.Н. Климова, С.М. Косенко), к профессионально-значимым качествам личности врача относятся коммуникативная компетентность, рефлексия, готовность к конструктивному поведению в конфликте, уровень морально-этической ответственности [92]. Такое качество как социальная ответственность врача рассматривается Е.И. Коваленко, как образ будущей профессиональной деятельности, готовящий врача к выполнению профессиональных функций на основе осознания нравственных, социальных и медицинских норм [93]. Б.Г. Юдин к профессионально значимым качествам личности врача относит понимание специалистом своего долга и высокой ответственности, ориентацию на гуманистические ценности, чувство сострадания [246].

Даже краткий анализ научной литературы, посвященной изучению системы профессионально-значимых личностных качеств врача, позволяет сделать заключение о значимости личностных качеств специалиста, связанных с морально-этическими аспектами реализуемой

профессиональной деятельности. Вопросы профессионального поведения врача с морально-этической точки зрения привлекают внимание не только представителей медицинского сообщества, но и ученых, философов, начиная с древнейших времен. Каким образом должен вести себя врач, исполняя свой профессиональный долг? Каким образом должны регулироваться его отношения с пациентами, их семьями, с коллегами и медицинским персоналом внутри медицинского коллектива? Данная проблематика традиционно рассматривается в рамках медицинской этики, и находит свое отражение в деонтологии – отрасли этической науки, регулирующей систему взаимодействия медицинского работника с пациентами, их ближайшим окружением, коллегами [246] и обосновывающей поведение специалиста на базе профессиональной морали [45].

Однако в настоящий момент, вследствие стремительного развития науки, появления новых био- и фармакотехнологий, возникновения связанных с ними сложнейших морально-этических вопросов, увеличения числа научных исследований в биомедицинской сфере и, соответственно, необходимостью контролирования данной области, а также вследствие изменения самой парадигмы взаимоотношений в системе «врач — пациент», возникла необходимость перехода к биоэтике. Биоэтика рассматривается в качестве особого социального института, регулирующего на основе норм и ценностей систему взаимодействия людей в обширной сфере социальной жизни, связанной с биомедициной [246]. Этот социальный институт призван рассматривать более широкий круг вопросов, нежели традиционная медицинская этика, и апеллировать к мнению не только представителей медицинского сообщества, но и пациентов, их ближайшего окружения, других заинтересованных сторон извне, общественности в широком смысле (Б.Г. Юдин, Л.В. Музалевская) [246, 137]. Таким образом, в настоящий момент происходит переход от сугубо «корпоративного» подхода к решению сложных с этической точки зрения проблем к рассмотрению достаточно глобальных вопросов, которые могут возникнуть в результате встречи

человечества и биомедицинской науки, и привлечение к этому процессу широкой общественности.

Следует отметить, что современное понимание биоэтики, предложенное ЮНЕСКО, предполагает охват предельно широкого круга вопросов, связанных с науками о жизни в целом. Согласно такому пониманию биоэтики, в ее рамках возможно рассмотрение не только биомедицинской тематики, но и вопросов, связанных с экологией, наукой и технологиями, космическими исследованиями и т.д. [238]. В рамках нашего исследования мы остановимся на тех аспектах биоэтики, которые связаны с биомедицинской сферой.

Не вызывает сомнений, что вышеописанная проблематика должна найти свое отражение в сознании и поведении сотрудников системы здравоохранения. На наш взгляд, выполнение врачом профессиональной деятельности в соответствии с высокими биоэтическими требованиями возможно лишь при наличии и высоком уровне развития у специалиста такого профессионально значимого качества, как готовность к биоэтическому мышлению и биоэтическому поведению. Это качество должно содействовать ориентации врача в разнообразных, в том числе сложных с этической точки зрения ситуациях. В комплексном виде данное профессионально значимое качество не рассматривалось, а отдельные упоминания о биоэтическом мышлении и различных его аспектах достаточно редки. Например, В.М. Соколов определяет биоэтическое мышление как вид философского мышления, целью которого становится определение моральных критериев поведения человека, выработка критериев биоэтического мышления, самосознания и соответствующего поведения [206]. Определения биоэтического поведения с точки зрения педагогики на данный момент не предложено, хотя сама сущность подобного поведения является предметом пристального внимания исследователей (преимущественно с философских и биомедицинских позиций) (И.В. Силуянова, Б.Г. Юдин, R. Andorno, M.J. Ludvig и др.) [199, 246, 253, 284]. В

связи с этим очевидной становится необходимость описания содержания и специфики такого профессионально значимого личностного качества врача, как способность к биоэтическому мышлению и поведению с точки зрения педагогики. С этой целью рассмотрим компоненты данного феномена.

В словаре русского языка под редакцией А.П. Евгеньевой мышление определяется как «способность человека мыслить, рассуждать, делать умозаключения; особая ступень в процессе отражения сознанием объективной реальности» [201, с.318]. С точки зрения психологической науки мышление представляет собой психический процесс, который дает человеку возможность познавать себя и мир вокруг, устанавливать взаимосвязи между различными явлениями и событиями и выстраивать в соответствии с этим собственную линию поведения. [128]. Категория мышления взаимосвязана с категорией сознания и является его динамической характеристикой, своеобразным проявлением сознания в деятельности [125]. Соответственно биоэтическое мышление мы понимаем, как психический процесс, способствующий восприятию и пониманию врачом или медицинским работником нравственных аспектов взаимодействия различных субъектов в сфере, связанной с биомедициной.

Поведение – неоднозначно трактуемый в рамках различных наук (социальных, психологических, биологических) и научных направлений (бихевиоризм, психоанализ, когнитивная психология и т.д.) феномен, в целом обозначающий вид активности некоего субъекта. Согласно Толковому словарю русского языка, поведение представляет собой «образ жизни и действий» [149, с. 518]. В психологическом словаре под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского оно рассматривается как «присущее живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической активностью)» [182, с. 276], где первый вид активности подразумевает весь спектр действий, поступков, движений и реакций, а второй – систему целеполагания, мотивации, саморегуляции и т.д. [48, 140]. Как отмечает М.Г. Ярошевский,



поведение можно назвать междисциплинарным феноменом, поскольку оно отражает интегральный характер взаимодействия человека и среды [249].

Исследование поведения в отечественной и зарубежной науке привело к возникновению различных взглядов на данный феномен. Так, базируясь на работах И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, И.М. Сеченова, бихевиористское направление в психологии сделало поведение основным предметом своего изучения, противопоставляя его изучению исследованию сознания. Бихевиористы предполагали, что поведение можно определенным образом проектировать посредством условий, воздействующих на человека [128, 249]. В психоаналитической теории подразумевалось, что человек ведет себя определенным образом на основании комплекса иррациональных мотивов, бессознательного, управляющего поведением [128]. В рамках когнитивной психологии считается, что поведение обуславливается системой знаний, внутренними мыслительными процессами, присущими человеку, при этом поведенческие процессы описываются через познавательные [209].

В рамках деятельностного подхода в отечественной психологии происходит рассмотрение поведения в единстве с сознанием: поведение представляет собой комплекс осознанных поступков, действий, определенную деятельность, опосредующую взаимодействие организма и среды [192] (С.Л. Рубинштейн). Таким образом, поведение отражает субъективное состояние содержания сознания и свойства личности и включает в себя комплекс поступков и действий, а также движений, реакций, телесных движений и т.д. (Ю.Б. Гиппенрейтер) [48].

Очевидно, что биоэтическое поведение врача – это разновидность социального поведения личности, связанного с реализацией профессиональной роли. Социальное поведение может быть определено как внешнее проявление деятельности человека, отражающее комплекс его позиций и установок [190]; как комплекс действий и поступков, отражающий отношение к условиям, содержанию и результатам деятельности, отличительной чертой которого является наличие осознанной цели и

возможность выбора действий и поступков из диапазона возможных [69]. Таким образом, можно заключить, что социальное поведение человека детерминируется его внутренними побуждениями, той системой представлений, установок и целей, которые имеются у человека.

Профессиональное поведение – разновидность социального поведения, которое характеризуется нормами, принципами, целями определенной профессиональной деятельности и отличается своеобразием, обусловленным спецификой отрасли [113]. В исследованиях, посвященных профессиональному поведению, отмечается, что это понятие шире понятия профессиональная деятельность, поскольку помимо собственно деятельностного аспекта, оно подразумевает исследование личности специалиста и тех ее черт и характеристик, которые важны для специалиста в определенной области [124]. Биоэтическое поведение врача – результат его мышления, системы ценностей, установок врача; оно должно насквозь пронизывать всю сущность специалиста и проявляться в самых разнообразных ситуациях. По сути, врач – это не столько профессия, сколько способ бытия.

В исследованиях, посвященных регуляции профессионального поведения, отмечается, что оно должно управляться системой представлений специалиста, включающей в том числе ценностное измерение [193]. С целью определения сущности биоэтического поведения врача нам представляется важным рассмотреть родственное ему по сути нравственное поведение – такое поведение, которое обуславливается нравственными принципами и нормами, базируется на формировании нравственного сознания, понятий и чувств и позволяет обеспечить соответствующую линию поведения и регулировать отношения людей в социуме [161]. Следует отметить, что в существующих исследованиях, посвященных этическому поведению представителей различных (немедицинских) профессий, последнее рассматривается как профессиональное поведение, основанное на нормах профессиональной этики соответствующей отрасли [15, 146].

Таким образом, биоэтическое поведение врача представляет собой вид профессионального поведения специалиста, работающего в сфере биомедицины, основанного на биоэтических императивах (то есть определенных требованиях [101], не подлежащих обсуждению [90]). Не вызывает сомнения, что профессиональное поведение специалистов любой отрасли должно основываться на системе этических требований, которые должны быть отражены в сознании специалистов и регулировать их деятельность. Медицинская сфера не является исключением, при этом глубокое своеобразие сущности труда медицинских работников накладывает свой отпечаток, что требует особой тщательности в исполнении биоэтических императивов и готовности специалиста к обсуждению разнообразных сложных вопросов, которые могут возникать в процессе реализации специалистом его профессиональной деятельности.

На основании вышеизложенного мы можем определить биоэтическое поведение как вид профессионального поведения врача, осознаваемого и произвольно регулируемого, основанного на соответствующих ценностных детерминантах, установках и представлениях, и подразумевающего способ взаимодействия специалиста с окружающим миром и другими людьми на основе биоэтических императивов. Биоэтическое поведение специалиста взаимосвязано с биоэтическим мышлением.

Способности – достаточно широко трактуемое понятие в различных областях научного знания, каждая из которых рассматривает их через свою призму. Наиболее часто способности исследуются с точки зрения обеспечения определенных видов человеческой деятельности. В нашем исследовании способность к биоэтическому мышлению и поведению понимается как фактор, обеспечивающий соответствующее мышление и поведение врача, а также возможность обсуждения с пациентом (или человеком, обратившимся за помощью) различные сложные с биоэтической точки зрения ситуации.

Слово способность - однокоренное со словами способствовать, способ, которые этимологически восходят к «пособъ» (заимствованного из польского и древнечешского и означающего «помощь») [244, с.738; 245, с.374]. В словаре русского языка под редакцией А.П. Евгеньевой способность определяется как возможность осуществлять некий вид деятельности; как индивидуальные особенности личности, которые дают возможность осуществлять специфическую деятельность [202]. В педагогике и психологии вопрос определения способностей – один из ключевых, при этом некоего единого понимания данного феномена в отечественной и зарубежной науке на сегодняшний день нет. В целом, в отечественной науке способности понимаются как некоторые свойства личности, которые обеспечивают успешную реализацию определенной деятельности [115].

Согласно Б.М. Теплову, способности представляют собой индивидуально-типологические особенности, создающие предпосылки к выполнению какого-либо вида деятельности. Они развиваются на основе задатков – анатомо-физиологических и функциональных особенностей человека, при этом они не сводятся к комплексу знаний, умений, навыков, имеющихся у человека. Сами способности, согласно исследователю, не являются врожденными, а должны формироваться в процессе соответствующей деятельности [221]. По мнению С.Л. Рубинштейна способности – комплексные образования, обеспечивающие пригодность человека к определенному виду деятельности [191]. Как отмечает Б.Г. Ананьев, способности не равны сумме знаний, они предполагают наличие у своего носителя определенной позиции в отношении этих знаний, осознанности и желания их творчески применить [10]. По мнению А.Н. Леонтьева, биологически унаследованные особенности человека являются своеобразным условием для формирования способностей [122], которые формируются лишь в процессе усвоения общественного опыта посредством активной деятельности [120]. В целом исследователи (Б.Г. Ананьев, Б.М. Теплов, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев) сходятся во мнении, что

способности обеспечивают возможность осуществления человеком определенной деятельности и, в то же время могут реализовываться лишь в процессе деятельности.

Базируясь на вышеуказанных положениях, под способностью врача к биоэтическому мышлению и биоэтическому поведению мы подразумеваем интегративное личностное качество специалиста, обуславливающее понимание нравственных аспектов взаимодействия в сфере, связанной с биомедициной, и обеспечивающее успешное поведение специалиста в соответствии с биоэтическими принципами и установками. Это многокомпонентное качество, которое должно базироваться на комплексе представлений, ценностных установок, системе мотивации врача. Оно предполагает наличие у специалиста определенной позиции по отношению к биоэтическому измерению в профессии, которая должна быть распространена на все уровни профессиональной деятельности врача, на все ее содержимое. Будучи сложным и многоукладным качеством, способность к биоэтическому мышлению и поведению должна проявляться во всех аспектах деятельности специалиста, находя отражение, как в миссии, так и во всех профессиональных функциях современного врача.

Взгляды на миссию врача отражены как в научной, так и в художественной литературе, публицистике, кинематографе, представления о высокой миссии врача есть и в массовом сознании. Например, в работах таких выдающихся писателей как М.А. Булгаков, В.В. Вересаев, А.П. Чехов, С. Моэм, А. Камю Э.М. Ремарк (многие из которых сами были врачами) прослеживается идея служения врача человеку и гуманистическим идеалам, а герои всей своей жизнью демонстрируют это. В современных исследованиях по данной тематике в качестве миссии врача рассматривается миссия «беречь жизнь и здоровье» другого человека [197, с.30]; миссия, связанная с «уменьшением доли страдания в мире» [53, с. 43].

Анализ профессиональных стандартов специалиста системы здравоохранения позволяет заключить, что на законодательном уровне в

качестве главных целей деятельности врача (в зависимости от профиля) признается «сохранение и укрепление здоровья» различных групп населения [179, с.1, 181 и др.], профилактика, диагностика и лечение различных заболеваний [176, 177 и др.], обеспечение медицинской помощи при содействии различных средств [178, 180 и др.].

Помимо миссии, базовой цели профессиональной деятельности, профессия также подразумевает наличие ряда профессиональных функций - комплекса устойчиво реализуемых специалистом видов деятельности, характерных для некоторой специальности [147]. Следует отметить, что в профессиональных стандартах врачей практически всех специальностей содержится трудовая функция, связанная с «формированием здорового образа жизни и санитарно-гигиеническим просвещением населения» [175, с. 15].

Согласно федеральным государственным образовательным стандартам высшего образования (ординатуры – уровня подготовки кадров высшей квалификации), профессиональная деятельность врача направлена на охрану здоровья граждан посредством обеспечения качественной медицинской помощи [224]. При этом современный врач, согласно образовательным и профессиональным стандартам, выполняет большое количество функций, связанных не только непосредственно с диагностикой и лечением, но и с другими направлениями деятельности. В ФГОС ВО медицинского образования (уровня подготовки кадров высшей квалификации) отмечается, что врач должен уметь решать профессиональные задачи, связанные с такими видами деятельности, как профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, организационно-управленческая, научно-исследовательская и психолого-педагогическая [224]. Последняя понимается как «формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих» [224, с.3]. Данный вид деятельности, наряду с «обучением пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного

характера, способствующим профилактике возникновения заболевания и укреплению здоровья», представлен в федеральном государственном образовательном стандарте подготовки врача на уровне специалитета [225, с. 5]. Одной из основных профессиональных компетенций врача, согласно ФГОС ВО (уровня специалитета), признается «готовность к просветительской деятельности», направленная на «формирование навыков здорового образа жизни населения» [225, с.9]. Предполагается, что врач, как специалист, обладающий необходимыми знаниями, умениями и навыками, должен объяснить пациентам, людям, как правило, далеким от медицины, основные правила ведения здорового образа жизни, сформировать представления о сути заболевания и лечения, установки на соблюдение необходимых лечебных предписаний, способствовать формированию необходимых для сохранения здоровья ценностей и мотивации здоровьесообразного поведения. По сути, в рамках данной функции врач занимается педагогической просветительской деятельностью. Попытаемся дать определение этому феномену и рассмотрим его компоненты.

Этимологически понятие «просвещение» восходит к праславянскому «*svetъ*» [244, с. 575]; исходно оно подразумевало процесс передачи света как в прямом, так и в переносном (духовном) значении [248]. В Европейской традиции просвещение изначально было связано с приближением человека к Богу через познание, однако, благодаря эпохе Просвещения это понятие получило и другое значение [248]. В настоящий момент термин «просвещение» имеет несколько трактовок: как «распространение знаний, образования» [23, с.221-222]; «знания, образованность, их распространенность» [149, с.609]; как «система образовательных учреждений в стране» [23, с.221-222]; как «культурно-идеологическое и философское движение общественной мысли», характерными особенностями которого признаются «необходимость приобщения к культуре и знанию широких слоев общества» и «рационализм, означающий веру в неограниченные возможности человеческого разума» [144, с.554]. Таким образом, мы можем

заклучить, что, просвещая, некий субъект проливает свет туда, где раньше была тьма. Образно говоря, «проливает свет знания» туда, где было незнание. Просвещая, некий субъект, с помощью научных знаний осуществляет попытку облегчить жизнь, принести благо тому, к кому адресуется в своей деятельности.

Категория деятельности – одна из центральных в отечественной педагогике и психологии. Существует множество подходов и аспектов ее анализа и классификации, в том числе через призму различных наук (психологии, педагогики, социально-философских наук), в аспекте взаимосвязи с другими базовыми категориями психологии (сознание, личность и т.д.); также в специальной литературе активно используется, ряд смежных понятий (активность, труд) и понятий, возникших на основе деятельности, таких как трудовая деятельность, профессиональная деятельность.

Деятельность, согласно Толковому словарю русского языка под редакцией С.И.Ожегова, определяется как «занятие, труд» [149, с. 159]. В Большой советской энциклопедии, деятельность определяется как «специфически человеческая форма активного отношения к окружающему миру, содержание которой составляет его целесообразное изменение и преобразование» [28, с. 180].

По мнению А.В. Петровского, деятельность представляет собой «целостный мотивированный акт поведения» [166, с. 283] и может служить единицей исследования проявления активности личности. Как отмечает С.Л. Рубинштейн, деятельность всегда сознательна и целенаправленна, а сам факт осознания собственной деятельности оказывает влияние на характер ее протекания. Деятельность, согласно ученому, ориентирована на изменение действительности, причем она характеризуется не только внешней, но и внутренней позицией по отношению к обществу и отдельным людям [191]. А.Н. Леонтьев определяет деятельность как процесс, целью которого является удовлетворение предметных потребностей реализующего ее



субъекта, при этом она позволяет выразить формы отношения человека к действительности (в виде познавательной деятельности, практической деятельности и т.д.) [121]. В.Д. Шадриков пишет о том, что деятельность предстает как специфический вид активного отношения субъекта к действительности, которое ориентировано на достижение осознанно поставленных социально значимых целей, и реализуется посредством усваивания общественного опыта [237].

Принимая во внимание сложность и многоаспектность категории деятельности, остановимся на важных для нашего исследования положениях деятельностного подхода: деятельность является социальной по своей сути (С.Л. Рубинштейн, В.Д. Шадриков); отражает отношение личности к окружающему миру и социуму (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); ориентирована на осознанное достижение определенных целей (С.Л. Рубинштейн, В.Д. Шадриков).

Образовательная деятельность – сложное, многокомпонентное явление. Согласно И.Я. Лернеру и М.Н. Скаткину, содержательно в нее входят комплекс знаниевой составляющей о различных сторонах человеческого бытия (таких, как наука, общество, мышление и деятельность), система умений, навыков, опыта изучения действительности и эмоционально-аксиологический опыт человека [158]. Анализируя содержание образования, можно сказать, что входящие в его состав компоненты соотносятся с такими феноменами, как обучение, воспитание, просветительская деятельность.

Обучение – вид взаимодействия обучающегося и педагога, реализующего педагогический процесс, целью которого является развитие личности, осуществляемое за счет усвоения определенных знаний и способов деятельности [158]. Оно соотносится с приобретением знаний, умений и навыков, позволяющих человеку реализовывать определенную деятельность, в том числе учебную и профессиональную.

Воспитание, несмотря на кажущуюся простоту, феномен, достаточно по-разному описываемый различными специалистами. Существуют взгляды,

согласно которым оно представляет собой процесс формирования личности и определенных ее качеств, реализуемый благодаря взаимодействию воспитателя и воспитанника (М.И. Рожков) [189]. При этом она может пониматься достаточно широко, как процесс передачи накопленного опыта от одного поколения к другому, и более узко, как направленное воздействие, ориентированное на формирование у человека определенных ценностей, убеждений, нравственных понятий, суждений и т.д. (И.П. Подласый) [170]. Ряд ученых отождествляет процесс воспитания с процессом целенаправленной социализации, это еще более широкая трактовка феномена воспитания [158].

Категории обучения и воспитания традиционно воспринимаются как элемент классического обучения в школе или вузе, однако важно понимать, что процессы обучения и воспитания могут происходить с человеком на протяжении всей жизни, в любом возрасте. Просветительская деятельность, в отличие от первых двух компонентов, связана с развитием человека в плане его «общежизненной компетентности» и ориентирована на отражение смысложизненных аспектов его бытия: каждый человек должен иметь достаточно широкие представления о себе, своей роли в мире, особенностях своей психической и телесной природы и о том, как жить в связи с этим. Подобные представления должны формироваться у каждого человека, без них ему, как без определенных ориентиров, тяжелее выстраивать свою жизнь в сложном многообразном мире.

При этом важно отметить, что просветительская деятельность, имея несколько другую в отличие от обучения и воспитания направленность, определенным образом включает их в себя. Просвещая, мы обучаем и воспитываем, то есть просветительская миссия реализуется через обучение и воспитание.

Таким образом, просветительская деятельность может быть определена как компонент образовательной деятельности, связанный с формированием мировоззрения, направленный на развитие у человека осознанности

собственного бытия в его различных проявлениях и отношения к разнообразным явлениям жизни, в том числе феноменам психического и физического мира, а также формированием ответственности за различные сферы своей жизни: социальную, культурную, духовную, физическую, в том числе связанную со здоровьем и телесностью. Так же, как и в случае обучения и воспитания, просветительская деятельность реализуется благодаря взаимодействию лица, реализующего просветительскую функцию с тем человеком, на которого направлено просвещение.

Просветительские мероприятия должны проводиться для различных категорий людей, и быть направлены на решения конкретных потребностей того или иного человека. Соответственно, то, что делает врач в плане обучения пациента основам здорового поведения, можно с уверенностью назвать просвещением. У человека, далекого от медицины, как правило, отсутствуют или имеются весьма туманные (и зачастую неверные) представления о том, каким образом поддерживать свое здоровье или сохранять его в случае того или иного заболевания. В то же время у врача есть необходимые знания и ответы на вопросы по этой проблематике, и он может передать их больному, реализуя просветительскую деятельность. Именно поэтому врач должен осуществлять просветительскую функцию как одну из ключевых в своей работе. Его основная цель в рамках этой функции – изменить сознание обратившихся к нему за помощью, и через это повлиять на их поведение в русле обращения к образу жизни, необходимому для сохранения здоровья.

Идеи просветительской деятельности в сфере сохранения здоровья не новы и издавна привлекали внимание, как передовых представителей медицинской науки, так и выдающихся мыслителей. Еще Гиппократ называл ее одной из важнейших сторон работы врача [49]. Выдающийся русский хирург Н.И. Пирогов, трудившийся не только на медицинском поприще, но и в сфере просвещения, где развивал идеи развития личности, основанные на гуманизме, любви к человеку считал, что «будущее принадлежит медицине

предохранительной» [цит. по 155, с. 6]. И.П. Павлов под медициной будущего подразумевал гигиену в широком смысле этого слова, что, несомненно, включало и просветительский компонент [152]. М.Я. Мудров в рамках программы лечения отводил особое место профилактике и ведению соответствующего образа жизни [136]. Л.Н. Толстой рассматривал просвещение населения по различным вопросам (гигиены, питания, условий труда, профилактики детской смертности) в качестве одной из основных целей медицинской науки [112].

В настоящее время появляется все больше исследований, раскрывающих сущность просветительской деятельности врача в условиях современной медицинской практики, при этом возникают различные варианты ее именования: просветительская деятельность врача, педагогическая деятельность врача, психолого-педагогическая деятельность врача. Например, С.И. Куликов определяет педагогическую деятельность, осуществляемую врачом, как обучение и воспитание пациентов, ориентированное на формирование таких качеств, которые способствовали бы сохранению здоровья больных [110]. Психолого-педагогическая деятельность врача, по мнению М.И. Белых, подразумевает воздействие на пациента (обучающее и воспитывающее), целью которого является сохранение и укрепление здоровья человека за счет мобилизации его внутренних резервов для принятия определенных решений, связанных с поддержанием его здоровья или с лечением [20]. Рассматривая сущность психолого-педагогической деятельности врача, и акцентируя внимание на условиях развития личности обучающегося, Т.В. Тагаева отмечает ориентацию подобного вида деятельности на создание условий, позволяющих человеку сохранять и укреплять собственное здоровье, отказаться от привычек, вредящих здоровью, и быть мотивированным на соблюдение правильного образа жизни [218]. Коллектив авторов под руководством Е.В. Васильевой под психолого-педагогической деятельностью, осуществляемой врачом, подразумевает «процесс обучения и

воспитания пациентов», а также их ближайшего семейно-родственного окружения, направленный на формирование у них самосохранительного поведения [35, с. 8].

Коллектив авторов МГМСУ под руководством Н.В. Кудрявой связывает просветительскую деятельность с педагогическими и психологическими технологиями, реализуемыми специалистами медицинского профиля. Первый вид технологий, по мнению исследователей, связан с информированием обучающихся и формированием у них комплекса соответствующих знаний, умений и навыков, второй вид технологий — с формированием мотивации здоровьесообразного поведения и соответствующих ценностей (Н.В. Кудрявая, К.В. Зорин и др.) [105, 107].

В качестве базовых положений просветительской деятельности Н.В. Кудрявая с соавторами выделяют: необходимость формирования ценностного отношения здоровью; необходимость формирования навыков самосохранительного поведения и противостояния аутодеструктивному поведению; необходимость формирования санитарно-гигиенических навыков; необходимость приобщения к позитивным самосохранительным практикам — адекватному режиму работы, физической нагрузки, способам снятия психоэмоционального напряжения [105, 107].

За рубежом в области здравоохранения все большее исследовательское внимание получают вопросы пропаганды здорового образа жизни и создания специальных программ, ориентированных на реализацию этой деятельности (health promotion) [257], вопросы повышения грамотности населения в области здоровья (health literacy) [258, 261], а также вопросы обучения людей, имеющих специфические заболевания, новому стилю жизни, соответствующему поведению (patient education) [300].

В целом, анализ исследований по вопросам просветительской педагогической (педагогической, психолого-педагогической) деятельности врача) (А.М. Калинина, С.К. Кукушкин, С.И. Куликов, Н.П. Ванчакова, С.Н. Симаева, И.В. Тельнюк, М.С. Freda и др.) [81, 109, 110, 158, 159, 160, 200,

220, 273, 281, 291 и др.] позволяет сделать вывод о направленности подобной деятельности на решение следующих **задач**:

- формирование ценности здоровья и его сохранения;
- содействие формированию необходимых знаний и умений, навыков, необходимых для поддержания здоровьесообразного образа жизни, а также для формирования нового стиля жизни в условиях заболевания (если оно имеется);
- обеспечение необходимых педагогических условий для формирования здорового образа жизни и самосохранительного поведения различных групп населения (здоровых людей, представителей групп риска по здоровью, людей, имеющих различные заболевания, их ближайшего окружения).

В качестве основных **направлений** просветительской деятельности врача выступают:

- повышение культуры здоровьесообразного образа жизни у здоровых людей и представителей группы риска по здоровью;
- повышение приверженности лечению и формирование особого стиля жизни в условиях заболевания;
- проектирование, организация и ведение школы пациента (школы здоровья) для хронически больных пациентов;
- координация усилий с ближайшим (как правило, семейно-родственным) окружением пациента по поддержке в лечении и сопровождении пациента (в случае необходимости).

В процессе проектирования и реализации просветительской деятельности важно уделять внимание ее аксиологическому аспекту, то есть вопросам формирования ценности здоровья у различных групп обучающихся. Исследователи (С.И. Куликов, Т.В. Тагаева и др.) склоняются к мнению, что медицина в настоящий момент «болезнецентрирована», а оказание медицинской помощи реализуется со значительным «перевесом» фармакотерапии и преобладающей ориентацией на лечение, а не на

профилактику и предотвращение заболеваний [110, 218]. Именно поэтому особенно актуальными сегодня становятся вопросы формирования у людей ценностного отношения к собственному здоровью и ответственности за эту область своей жизни. В связи с этим специалист, реализующий просветительскую педагогическую деятельность, должен быть готов проводить с людьми, обратившимися к нему, беседы, посвященные данной тематике. В рамках таких бесед должны подниматься вопросы смысла ведения здоровьесоборного поведения, зачастую в них невозможно обойти тематику смысла жизни в целом.

При этом не вызывает сомнений, что в процессе реализации педагогической просветительской деятельности необходимо учитывать специфику обучающихся, людей, как правило, далеких от медицины. Помимо неразвитых представлений о ценности собственного здоровья и смысле его сохранения, им могут быть свойственны следующие особенности:

- отсутствие системных представлений о здоровье, возможном или актуальном заболевании, его биофизиологической сущности и функциональных последствиях;
- психологическая неготовность к восприятию определенной информации, как в силу ее возможного травмирующего характера, так и в силу возможного наличия деструктивных поведенческих паттернов в отношении собственного здоровья;
- наличие различного культурно-образовательного уровня обучающихся, который может оказывать влияние на специфику и динамику усвоения представлений о здоровом образе жизни и правилах его ведения [107].

К факторам, препятствующим обучению пациентов, в современных исследованиях относят: особенности соматического состояния, которые могут повлиять на успешность обучения; негативное влияние социоэкономических условий; неправильные представления обучающегося о здоровье, заболевании и лечении; низкий культурно-образовательный уровень и уровень грамотности; этнокультурные особенности и наличие

языкового барьера; отсутствие мотивации; негативное влияние социальной среды, в которой находится человек; негативный опыт обучения; отрицание собственной ответственности в вопросах сохранения здоровья [291].

К особенностям просветительской педагогической деятельности, реализуемой врачом, можно отнести наличие специфических форм и методов проведения занятий, обусловленных целями и задачами работы, а также контингентом слушателей, к которым она обращена. В целом, на основе исследований, посвященных вопросам педагогического взаимодействия с пациентами, формы такой просветительской деятельности можно классифицировать следующим образом: индивидуальные и групповые (по параметру количества обучающихся); очные, дистанционные, очно-дистанционные (по параметру аудиторной нагрузки); теоретические (информирующие о заболевании), практические (связанные с отработкой необходимых практических навыков), комбинированные (по параметру дидактических целей).

К возможным формам просветительской деятельности можно отнести следующие:

- просветительские программы, реализуемые с различной интенсивностью для здоровых людей, представителей группы риска по здоровью, людей, имеющих определенные заболевания [107];
- школы здоровья, школы пациентов – формы просветительской деятельности для хронически больных людей, которые должны изменить свой стиль жизни в связи с заболеванием и лечением. К целям таких школ относят: контроль над заболеванием (предотвращение рецидивов, профилактика возникновения осложнений); повышение уровня знаний о заболевании и основных принципах лечения (формирование необходимых знаний о лечении и медикаментах); формирование умений и навыков использования различных приборов, необходимых для обеспечения жизнедеятельности; повышение мотивации пациента и приверженности лечению; оказание социальной, психологической поддержки. Как правило,



при организации школы пациента применяется групповая форма обучения, которая позволяет актуализировать обучающее воздействие среды: создавать доброжелательную атмосферу, в которой пациенты могут обмениваться опытом, получать и оказывать поддержку, следить за положительной динамикой друг друга [81, 160, 187];

- лекции (в том числе, публичные), дискуссии, беседы [107];

- неструктурированное просветительское взаимодействие в ходе непосредственной диагностической, лечебной, лечебно-реабилитационной работы врача с пациентом [157, 159, 160];

- дистанционное обучение с помощью дидактических материалов, направленных на обучение (например, информационных листков, брошюр, учебных пособий, интернет-ресурса) [256, 262, 281]. Важно, чтобы содержание таких материалов было адаптировано к уровню готовности обучающихся, которые, как правило, не имеют медико-биологического образования.

Средства обучения, применяемые в процессе реализации просветительской педагогической деятельности, должны включать весь комплекс технического материального оснащения обучения, приспособлений, которые помогают реализовывать дидактические принципы наглядности и доступности. Поскольку обучение может проводиться с пациентами, имеющими хронические, в том числе, инвалидизирующие заболевания, должно быть предусмотрено использование доступных для пациента каналов получения информации (аудиального, визуального). В случае необходимости, должно быть предусмотрено использование специальных средств, например, таких, как тифлотехника, сурдотехника [288, 308].

Проектируя просветительские занятия с больными людьми, важно исходить из специфики заболевания и его психосоциальных последствий, соматического состояния пациентов, их психологических особенностей и педагогических потребностей. Поэтому выбор форм, методов и средств

просветительской деятельности должен осуществляться с учетом особенностей медицинского учреждения, заболевания, а также специфики содержания обучения и его базовой цели [110].

В настоящее время рядом отечественных и зарубежных авторских коллективов (А.М. Калинина с соавт., Н.П. Ванчакова с соавт., М.С. Freda и др.) разработаны системы принципов обучения по вопросам, связанным с ведением здоровьесообразного образа жизни. В целом, в таких исследованиях отмечается, что необходимо адаптировать процесс обучения и предоставляемый материал к уровню готовности обучающегося, его опыту, культурно-образовательному уровню. Также важна систематичность и наглядность обучения, ориентация на личность обучающегося, необходимость создания психологически комфортной для него среды, обеспечивающей уважение ко всем участникам лечебно-реабилитационного процесса. В ходе обучения важны: опора на деятельность самих обучающихся и их активность; использование принципа обратной связи, выражающееся в обеспечении возможности демонстрировать понимание полученной информации и практических навыков; четкость и однозначность в предоставлении информации; тактичность в использовании терминологии и осторожность в применении специальных медицинских терминов; учет возможных эмоциональных реакций слушателей [81, 157, 273, 291].

Ряд авторов (С.К. Кукушкин, М.С. Freda), рассматривая специфику обучения пациентов, исходит из того факта, что в данном случае речь идёт, как правило, о взрослых людях, которые имеют свой личностный и профессиональный опыт, сформировавшуюся систему ценностей и мировоззрение. Таким образом, появляется тенденция использовать в ходе их обучения принципы андрагогики: учёт опыта обучающегося, социально-демографических характеристик, его психофизиологических особенностей, а также делегирование ведущей роли в обучении самому обучающемуся [109, 273].

В рамках такого подхода, активизирующего пациента, рекомендуется применять интерактивные и игровые методы обучения [7]. Также в ходе обучения пациентов рекомендуется применять метод отработки, позволяющий на практике использовать полученные навыки. Как отмечает С.И. Куликов, ориентируясь на различные дидактические задачи, а также особенности больных, врач может использовать различные педагогические системы, например, проблемного обучения, развивающего обучения [110].

Просветительская педагогическая деятельность имеет свою специфику, выражающуюся в отсутствии традиционного оценивания в виде отметок, контрольных работ, экзаменов. Однако от результативности проводимой просветительской деятельности зависят здоровье и, возможно, даже жизнь обучающегося. Именно поэтому важным видится вопрос оценки результативности педагогического взаимодействия и наличия контрольно-оценочных мероприятий.

Традиционная система оценивания в данном случае неэффективна, что обусловлено спецификой обучения. Многим обучающимся она кажется «факультативной», не нацеленной на конечный образовательный результат, в виде аттестата, диплома, сертификата, права продолжать профессиональную деятельность. В данном случае такие методы, как использование обратной связи, контроль за выполнением ряда действий и сформированности практических навыков (например, контроль качества самостоятельного использования пациентами медицинских приборов и лекарств) позволяют осуществлять контрольную функцию [81, 160].

Изложенное выше позволяет сделать вывод, что просветительская деятельность, реализуемая врачом – одно из важнейших направлений его работы, позволяющее сохранять здоровье и жизни людям, обратившимся по какой-либо причине к специалисту. Поскольку реализация этой деятельности - важная профессиональная функция врача, к ней предъявляются столь же высокие требования, как и к другим профессиональным функциям, которые должен реализовывать специалист. Соответственно, в ней также должно

найти отражение исследуемое нами профессионально значимое качество — готовность к биоэтическому мышлению и биоэтическому поведению.

В профессионально-значимом личностном качестве «готовность к биоэтическому мышлению и биоэтическому поведению» можно выявить следующие компоненты: аксиологический, мотивационный, когнитивный, операциональный, рефлексивный. Применительно к педагогической просветительской деятельности, эти компоненты реализуются следующим образом:

- аксиологический компонент, связанный с необходимостью формирования у специалиста определенной системы ценностей, основанной на гуманистических идеалах, осознании жизни и здоровья в качестве ключевых ценностей. Этот компонент также связан с пониманием врачом значимости педагогической просветительской деятельности в своей работе. Ценности в данном случае играют роль ориентира поведения (M. Rokeach) [296], то есть для того, чтобы врач мог эффективно реализовывать педагогическую просветительскую деятельность, необходимо, чтобы она присутствовала в структуре его профессиональных ценностей специалиста и в иерархии значимых профессиональных функций;
- мотивационный компонент, как регулятор профессиональной просветительской деятельности, подразумевающий мотивацию к ее реализации, смысловым базисом которого являются ценности;
- когнитивный компонент, связанный с содержательным компонентом просветительской деятельности: теоретическими представлениями по вопросам сохранения здоровья; представлениями о том, каким образом осуществлять собственно просветительскую (педагогическую) деятельность;
- операциональный компонент, включающий умения и навыки, необходимые для ведения просветительской деятельности;
- рефлексивный компонент – способность к рефлексивному осмыслению проводимой просветительской деятельности, анализу собственного поведения, возможных ошибок [285].

Анализ биоэтического и деонтологического содержания просветительской педагогической деятельности врача был бы неполным без учета ряда тенденций, накладывающих отпечаток на реализацию врачом просветительской педагогической деятельности [285]:

1. Ориентация на биопсихосоциальную модель понимания здоровья (G. Engel), провозглашаемая Всемирной Организацией Здравоохранения [268]. Модель здоровья при таком подходе предполагает рассмотрение последнего как благополучия человека не только в биологическом, но и в психологическом и социальном аспектах [266]. Следует отметить, что биопсихосоциальная модель здоровья выполняет не только функцию регулятора практической деятельности специалистов, работающих в сфере здравоохранения, но и служит философским основанием для современной медицины [259]. Ориентация на такое понимание здоровья привела к смещению акцента в сторону повышения качества жизни людей, имеющих различные заболевания [286], что возможно, том числе, благодаря обучению хронически больных людей новому стилю жизни в условиях заболевания и формированию у них ценностного отношения к своему здоровью. Принимая во внимание основные положения данной модели, можно сказать, что просветительская деятельность, реализуемая врачом, должна быть направлена на содействие пациенту в выявлении взаимосвязи между биомедицинскими и социальными, психологическими, духовными источниками нездоровья [105, 107].

2. Холистический («целостный») подход к больному, как к личности, а не к носителю «комплекса симптомов и синдромов» во многом созвучен с требованиями гуманистической педагогики и психологии. О праве человека быть признанным личностью, как об одном из важнейших прав человека говорится в современной биоэтике [246, 253]. В современных зарубежных исследованиях, посвященных вопросу взаимодействия врача и больного, все чаще поднимается вопрос о необходимости воспринимать ситуацию встречи врача с пациентом именно как Встречи – встречи с живым человеком, его

жизнью, его историей, его болью [260]. Сообразно данному подходу, необходимо удовлетворять потребности личности, одной из которых выступает потребность в получении информации о возможностях сохранения собственного здоровья [265]. Важную роль в реализации такого подхода играет педагогическая просветительская деятельность, реализуемая врачом. Безусловно, для того чтобы реализовывать такой подход, врачи должны получать опыт субъект-субъектных взаимоотношений в процессе профессионального обучения (Н.В. Кудрявая) [106].

3. Парадигма пациент-центрированности и субъект-субъектного взаимодействия, выступающая в настоящий момент в качестве одной из философских основ медицинской деятельности предполагает признание пациента как паритетного участника лечебного процесса [128]. Это выражается, в том числе, в признании значимости проведения педагогической просветительской работы по вопросам состояния его здоровья и возможных перспектив его сохранения. Предполагается, что врач должен не просто «формировать» навыки здоровьесбережения, а содействовать развитию личности обратившегося к нему человека в аспекте культуры здоровья. Только признание другого человека активным субъектом педагогического просветительского процесса позволяет занять последнему активную позицию и реализовывать, по сути, новый стиль жизни. Актуальной биоэтической проблемой, возникающей в связи с этим, становится проблема манипулирования информацией «во благо больному», а также проблема «подталкивания» пациента к определенному выбору [293].

4. Признание концепта «человеческое достоинство» (human dignity), как морального стандарта взаимодействия с любым человеком, обратившимся к врачу (R. Andorno, Н. М. Chochinov) обуславливает уважение прав и потребностей последнего [253, 265]. С точки зрения реализации педагогической просветительской деятельности это выражается в нескольких аспектах. Прежде всего, в уважении достоинства личности пациента, соблюдении педагогического такта. Вторым аспектом выражения данного

принципа становится обеспечение права человека на получение всей необходимой информации о собственном здоровье и возможностях его сохранения.

В связи с этим становится особенно актуальным вопрос равенства: каждый человек должен иметь доступ к получению всего спектра сведений относительно состояния своего здоровья и способов его сохранения. Приведенное положение приобретает особую значимость, если учитывать тот факт, что при ряде заболеваний именно ведение нового стиля жизни помогает пациенту сохранить жизнь. Развитие современных медицинских и биотехнологий, связанных с возможностью продления жизни и помощи при таких заболеваниях, от которых человек ранее погибал, приводит к возникновению новых, в чем-то «искусственных» форм жизни [38]. В качестве примера можно рассмотреть пациентов, получающих лечение гемодиализом, когда больной может продолжать вести обычную жизнь только благодаря процедуре гемофильтрации, осуществляемой на регулярной основе; отсутствие же данной процедуры может привести к летальному исходу. Соответственно, просветительская деятельность, ориентированная на формирование у таких пациентов представлений по поводу важности лечения и его специфики, напрямую связана с вопросом сохранения их жизни. Это позволяет по-новому взглянуть на значимость просветительской деятельности в репертуаре профессионального поведения врача: просветительская деятельность больше не может восприниматься в качестве второстепенного дополнения к клиническим обязанностям доктора. В настоящий момент она становится одним из важнейших направлений работы специалиста, в ряде случаев, играя ключевую роль в реализации права человека на жизнь.

Проблема доступности просветительской педагогической информации в данном случае связана не только с ее открытостью, но и со способами ее донесения: каждый человек имеет право получить необходимую информацию на том языке, который ему знаком, должны также учитываться

культурно-образовательные и другие личностные особенности пациента [293]. Соответственно, возникает задача поиска таких путей реализации просветительской педагогической деятельности врача, которые позволили бы максимально доступно и эффективно доносить до больных необходимые для них сведения и, более того, способствовать изменению их поведения. Своеобразным помощником в данном случае может стать лингвистическая наука: ее опыт, в сочетании с педагогическим, должен быть направлен на исследование лингводидактических особенностей педагогической просветительской деятельности.

Таким образом, можно прийти к следующим выводам: готовность к биоэтическому мышлению и биоэтическому поведению – одно из важнейших профессионально-значимых качеств врача, востребованное в современном мире с многообразием сложнейших морально-этических задач, возникающих перед специалистом в профессиональном поле. Это сложное многоукладное качество должно распространяться на всю деятельность врача – начиная от миссии и включая каждую профессиональную функцию. Одной из таких функций является педагогическая просветительская функция, связанная с реализацией врачом соответствующей деятельности. Эта профессиональная функция подразумевает формирование у пациента ценности здоровья и его сохранения; содействие формированию необходимых знаний и умений, навыков, необходимых для поддержания здоровьесообразного образа жизни, а также формирование нового стиля жизни в условиях заболевания (если оно имеется); обеспечение необходимых педагогических условий для формирования здорового образа жизни и самосохранительного поведения различных групп населения.

Просветительская функция – это базовая составляющая профессиональной деятельности врача, а умение осуществлять эту функцию – профессионально важное качество, которое должно целенаправленно формироваться у студентов медицинских университетов и совершенствоваться (развиваться) у врачей – слушателей курсов повышения



квалификации. В связи со значимостью той роли, которую играет педагогическая просветительская деятельность в сохранении здоровья людей, важной задачей становится поиск и разработка таких способов, которые помогли бы врачу реализовывать просветительскую деятельность наиболее эффективным образом. В частности, представляется важным поиск ответа на вопрос: каким образом это можно наиболее эффективно делать с точки зрения речевого влияния на пациента.

## **1.2. Своеобразие речевого влияния врача на пациента в ходе решения просветительской задачи формирования представлений о регламентах здоровьесоборного поведения**

Педагогическая просветительская деятельность врача ориентирована на приобщение людей, обратившихся за помощью к специалисту, такому образу жизни, который способствовал бы поддержанию их здоровья на оптимально возможном уровне. Основная задача педагогической просветительской деятельности, реализуемой врачом – формирование у населения представлений о регламентах подобного поведения.

Образ жизни можно охарактеризовать как комплекс наиболее типичных для человека способов жизнедеятельности в определенных условиях (культурных, социальных, экологических) [73], включающий социальные, биологические, психологические, духовные стороны человеческого бытия (Д.А. Изуткин) [74]. Словосочетание «здоровый образ жизни» достаточно часто используется не только в специализированной научной медицинской, педагогической, социологической, философской литературе, но и в разговорной речи, что может свидетельствовать о значимости данного феномена для каждого человека. Л.В. Доброрадова предлагает рассматривать его как комплекс таких условий

жизнедеятельности человека, которые способствуют долговечной работе систем его организма, а также комплекс методов сохранения здоровья и развития личности [57]. Поскольку ведение специфического образа жизни может стать причиной достаточно большого количества заболеваний, очевидно, что приверженность здоровому образу жизни можно связать с их профилактикой [75].

В современных исследованиях также активно используется термин «самосохранительное поведение» включающий, согласно С.И. Куликову, установку на самосохранение, определенные отношения личности к сохранению собственного здоровья, комплекс необходимых для этого умений и навыков [110]. Термин самосохранительное поведение рассматривается в педагогике, социологии как деятельность, ориентированная на сохранение себя в физическом, психологическом, социальном аспектах [185].

На сегодняшний день достаточно редко можно встретить «полностью здорового человека». В контексте современного подхода к пониманию здоровья, обуславливающего внедрение в практику здравоохранения Международной Классификации Функционирования (МКФ), принято мнение, что каждый человек, так или иначе, приобретает в течение жизни опыт болезни или специфических дисфункциональных состояний, а также ограничений, ими вызванных [281]. При этом отмечается, что необходимо стремиться к такому поведению, которое позволяло бы поддерживать здоровье на максимально возможном для каждого человека уровне. На наш взгляд, этого можно достичь в том случае, если человек будет вести здоровьесообразный образ жизни, то есть выстраивать свою жизнь в соответствии с нормами и регламентами здоровьесообразного поведения. Под здоровьесообразным поведением мы понимаем такой вид жизненной активности человека и системы его взаимоотношений с окружающим миром, который способствует наиболее гармоничному бытию в русле сохранения и поддержания своего здоровья на оптимальном, максимально высоком для

каждого конкретного человека уровне. В данном исследовании мы предлагаем рассматривать здоровьесобразное поведение и ведение здоровьесобразного образа жизни как синонимичные понятия.

Ведение здоровьесобразного образа жизни позволяет предупреждать возникновение заболеваний, осознанно выполнять рекомендации врача, а в случае наличия хронических заболеваний позволяет снизить частоту возникновения рецидивов, то есть позволяет держать состояние собственного здоровья под контролем. Приобщение человека здоровьесобразному образу жизни происходит благодаря педагогической просветительской деятельности, реализуемой врачом посредством речевого воздействия. Основным инструментом воздействия на пациента, который использует специалист, в данном случае является язык.

Взаимодействие людей при помощи языка – неотъемлемая часть человеческого бытия. Без языка невозможно было бы развитие человеческой мысли, культуры и социума, а также взаимодействия людей в сферах образования, науки, искусства. При этом язык воплощается и реализуется через речь, которая и позволяет языку реализовывать коммуникативную функцию [78]. Язык соотносится с речью как социальное соотносится с индивидуальным: первый – абстрактен, формален, стабилен, отражает картину мира народа, который его использует и не зависит от ситуации, в которой применяется. Речь же – феномен индивидуальный: она отражает опыт конкретного человека и обусловлена ситуацией, в которой происходит общение [78]. Реализуя педагогическую просветительскую деятельность, врач, по сути, осуществляет специфическое речевое влияние на пациента, при этом роль основного «инструмента» такого воздействия выполняет язык.

Вопрос о возникновении языка так и не получил окончательного ответа, несмотря на то что различные аспекты его возникновения и функционирования рассматриваются в философии, языкознании, этнографии, культурологии [233, 254, 304 и др.]. Существует множество теорий, предполагающих различные пути становления языка, каждая из

которых, так или иначе, сталкивается с определенного рода критикой своих положений. Например, согласно логосической теории – одной из первых теорий возникновения языка, он был дан людям божественной волей. Отметим, что данный вопрос нашел свое отражение уже на уровне мифологии. Мифы различных народов затрагивают вопросы появления языка в соответствие со своей картиной мира [304]. Согласно представлениям различных религий (христианства, иудаизма, конфуцианства, индуизма), человек получил язык от некоего Универсального Начала (Бога, Логоса, Дао), которое создало весь мир и в том числе человека, а также наделило последнего возможностью мыслить и говорить [128, 188].

В рамках звукоподражательной теории возникновения языка возникло предположение, что появление последнего было связано с попытками древних людей воспроизводить явления окружающего мира в звуковой форме и подражать им. Дальнейшая трансформация возникших таким образом слов происходила стихийно, вследствие чего современные слова зачастую далеки от первоначального звучания и даже исходного смысла [128]. Критика данной теории связана с тем, что относительно малое число, собственно, звукоподражательных слов не позволяет объяснить возникновение многообразия лексем, обозначающих феномены окружающего мира [195].

Междометийная теория, зародившаяся в эпикурейской школе в Древней Греции, предполагала, что механизмы возникновения языка связаны с появлением эмоциональных выкриков вследствие впечатлений, полученных первобытными людьми при взаимодействии с феноменами окружающего мира (например, в связи с эмоциями страха или удивления). Согласно данной теории, акцент делается на зарождение языка под воздействием эмоциональных впечатлений, то есть под воздействием внутреннего мира человека [128, 195], при этом критики теории отмечают, что она не дает объяснения возникновению слов, не обладающих эмоционально-экспрессивной окраской [195].

Жестовая теория, предложенная В. Вундтом, основана на предположении о наличии у первых людей двух систем взаимодействия друг с другом – звуковой и жестовой, первая из которых была предназначена для выражения эмоциональной сферы, вторая – вещественно-предметной. Согласно исследователям, придерживающимся этой теории, более функциональной оказалась звуковая система, которая и стала постепенно приобретать черты языка, каким мы знаем его сейчас [128].

Теория общественного договора (Т. Гоббс, Ж.Ж. Руссо, Э. Кодильяк), исходила из предположения о том, что язык был осознанно и целенаправленно создан древними людьми, которые пытались дать названия тем феноменам, с которыми сталкивались, и, благодаря этому сохранять свои мысли и делиться ими друг с другом [128, 188].

Гипотеза трудовых выкриков отводит системообразующую в возникновении языка роль выкрикам, которые сопровождали трудовую деятельность древних людей. Важно отметить, что в рамках данной теории предполагается, что это были выкрики, обусловленные не эмоциональными впечатлениями, а мускульными усилиями работающего человека [195]. Согласно ученым, придерживающимся данной теории, по мере усложнения трудовой деятельности, возрастала необходимость управления ей, что стало возможно благодаря одновременным возгласам, которые затем сыграли свою роль в возникновении прежде всего глаголов действия [128].

Теория трудового (или социального) происхождения языка, разработанная Ф. Энгельсом, связывает его возникновение с развитием коллективного труда, в процессе которого первобытным людям понадобилось согласовывать планы совместных действий, общаться по поводу предметов и явлений, с которыми они сталкивались. Затем слова стали возникать и при взаимодействии людей вне процессов труда. Согласно данной теории, дальнейшее усложнение труда, усложнение применяемых человеком орудий, способствовало развитию не только речи, но и мышления человека [128, 188].

В целом, вопрос о возникновении языка до сих пор остается открытым и служит предметом исследовательского внимания специалистов. Однако, что бы ни послужило стимулом к появлению и развитию у человека языка и речи, важно понимать, что в какой-то момент он не смог жить таким образом, каким живут остальные живые существа на Земле, демонстрирующие разнообразные поведенческие паттерны, связанные с инстинктами сохранения себя и своего вида. Человек, по сути, стал существом, «выпавшим» из пространства естественной природы, при этом потребность в защите себя и своего рода осталась для него насущной (М.А. Лукацкий) [129]. Именно поэтому перед человеком возникла задача создать такой мир, в котором он мог бы находиться в безопасности и мог бы обеспечивать реализацию своих потребностей, найти определенный способ адаптации в нем (Э. Кассирер) [88]. Этот мир – мир иноприродного бытия в чем-то искусственен, артефактен. Это – мир культуры. Вхождение в этот мир каждого родившегося человека связано с необходимостью этот мир освоить и стать его частью [129].

Важно понимать, что освоение человеком мира культуры не может произойти «само по себе», «инстинктивно», без наличия определенных условий [304] (примером чему становятся истории так называемых «детей - Маугли» [233]). Человеку необходимо научиться жить в этом искусственно созданном мире, что будет невозможным без оказания на него влияния другим человеком при помощи слова. Таким образом, именно язык становится тем средством, которое позволяет человеку войти в контекст культуры [126], устанавливать взаимосвязи с другими людьми и с социумом в целом, средством, которое способствует формированию мировоззрения человека и передаче знаний и опыта, накопленного поколениями (П. Бергер, Т. Лукман, А.А. Леонтьев) [22, 119]. Именно язык способствовал возникновению таких форм общественного сознания, как искусство, наука, религия, философия [22, 138, 233].

Язык стал основным средством влияния одного человека на другого. Присущее человеку видение мира базируется на той совокупности знаний и той информации, которые он получает в процессе речевого взаимодействия с носителями языка – как с другими людьми, так и с текстами (М.А. Лукацкий) [127]. В целом, можно сказать, что язык – это некий посредник, функционирование которого позволяет каждому отдельному сознанию встретиться с сознанием другого человека [276]. Именно благодаря языку человек вписан в социальную среду [52], функционирование языка – то, без чего невозможна современная культура [304], а возможность говорить для человека – это, по сути, способ не только познавать, но и изменять и конструировать реальность [22]. Можно сказать, что язык – основа всех видов человеческой деятельности [304], и особую роль он играет в области профессионального становления и развития человека. Такой вид деятельности, как образовательная – не исключение: все ее компоненты и составные части невозможны без языкового опосредования (М.А. Лукацкий) [129].

В рамках данного исследования нас интересует просветительская деятельность врача, как одно из направлений образовательной деятельности в целом. Ее сущность, специфика и философские основания были рассмотрены в первом параграфе диссертации. В данной работе объектом исследовательского внимания становится ее основной инструмент – язык. Использование данного инструмента – ключевой фактор реализации педагогической просветительской деятельности врача. Очевидно, что без него становится просто невозможным оказание влияния на тех, к кому обращена просветительская деятельность медика: пациентов, их ближайшего окружения, людей, обратившихся по какой-либо причине за помощью к врачу. Наиболее активно в данном случае реализуется прагматическая функция языка. Благодаря ему, в частности за счет речевого влияния со стороны врача, осуществляется обучение людей по вопросам сохранения их здоровья и ведения здоровьесообразного образа жизни.

Существует множество попыток дать определение такому сложному феномену как язык. Есть даже точка зрения, согласно которой сделать это в принципе невозможно [194]. Как правило, выделяются следующие возможности понимания языка [132]:

- как любой знаковой системы (например, язык танца, язык музыки);
- как специфического этнического языка;
- как «класса знаковых систем (состоящего из фонем, морфем, лексем ...), единого человеческого языка, средоточия свойств всех конкретных языков» [132, с. 23].

В толковом словаре русского языка под ред. Ожегова и Шведовой, язык определяется как «исторически сложившаяся система звуковых, словарных и грамматических средств, объективирующая работу мышления, и являющаяся орудием общения, обмена мыслями и взаимного понимания людей в обществе [149, с. 905]. По мнению В.М. Солнцева, язык представляет собой «совокупность правил, по которым делаются предложения, и множество наделенных смыслом или значением единиц, которые используются в соответствии с правилами» [207, с.63]. Согласно М.В. Панову, язык может быть представлен как некий комплекс «типовых элементарных единиц», а также законов, согласно которым они сочетаются и чередуются [153, с.13]. Ю.С. Маслов отмечает, что попытка дать некое единое определение феномену языка сложна и предлагает анализ этого явления как с функциональной точки зрения, так и с точки зрения его внутренней структуры. В первом случае язык рассматривается как «важнейшее средство общения, орудие формирования и выражения мысли» [131, с.7], а его коммуникативными функциями в данном случае являются констатирующая, аппеллятивная, экспрессивная, контактоустанавливающая, метаязыковая, эстетическая функции и функция определения принадлежности к группе. Во втором случае исследователь определяет язык как «сложную систему знаков, и правил их функционирования» [131, с. 31].



С точки зрения семиологии (семиотики), язык понимается как знаковая система (П. Бергер, Н.Б. Мечковская, Ф. де Соссюр, Ф.Ф. Фортунатов) [22, 135, 210, 231], при этом языки могут быть разделены на естественные и искусственные. Подобная трактовка языка, как системы знаков, достаточно распространена в современной лингвистике [142], однако, и у нее есть свои критики, отмечающие, что он не обладает такими свойствами знаковой системы как однозначность и конвенциональность [70, 194].

Естественный язык – это язык, охватывающий все сферы обыденной человеческой жизни, то есть все, что входит в поле человеческого существования [128, 213]. Он возник стихийно и развивался естественным образом вместе с развитием человека. По сути, естественные языки – это языки общения, те общенародные национальные языки, которые стихийно сформировались в процессе социогенеза; каждый такой язык имеет свою историю, подвергался определенным изменениям в течение времени. Его особенности – полнота, охват всех сфер жизни, адаптивность, открытость, относительная свобода. Естественный язык представляет собой базовую знаковую систему, над которой надстраиваются вторичные системы, например, такие как литература; естественный язык при этом представляет собой способ интерпретации этих вторичных систем [222]. Именно естественный язык обеспечивает удовлетворение человеческой потребности во взаимодействии, помогает людям согласовывать и координировать совместные действия. Он реализуется в речи человека – обладающей более индивидуальным характером форме человеческого общения при помощи языка в различных коммуникативных ситуациях [131].

Искусственные же языки целенаправленно создаются человеком для решения определенных целей, например, профессиональных или научных. В системе искусственных языков могут быть выделены такие его виды, как символический язык (например, язык математики, физики), компьютерный язык (язык программирования, различные форматы предоставления компьютерных данных); языки, связанные с шифрованием естественной

информации (различные кодовые системы, такие как азбука Морзе). С системой искусственного языка, как правило, работают либо специалисты, либо люди, изучающие определенную науку [148]. Например, с языком математики или физики каждый познакомился еще в школе в ходе соответствующих уроков. Искусственный язык десубъективизирован, он имеет жесткую закрепленность терминов и связан с научной картиной мира (М.А. Лукацкий) [127]. Процесс развития человеческого общества привел к возникновению и развитию системы профессий, появлению профессиональных сообществ, каждое из которых сформировало свою специфическую систему взаимодействия при помощи языка. Особенно важным этот факт представляется в контексте исследования профессий, связанных с научной деятельностью, поскольку все, что связано с научной картиной мира, должно описываться специальным языком [127]. Например, достаточно активно вопрос о принадлежности языка профессионального сообщества естественному или искусственному языку поднимается в сфере юрислингвистики. Пытаясь определить, является ли юридический язык естественным или искусственным, Ч. Филлмор заключает, что в некоторых отношениях юридический язык подобен обычному, естественному языку, в других – имеет различия [227]. Коллектив авторов Института Научной Информации по общественным наукам (А.М. Кузнецов, Л.С. Бурдин, Н.А. Солнцева), рассуждая о языке профессионального юридического сообщества, приходит к выводу, что он в некотором роде условен по отношению к естественному языку: традиционные лингвистические категории разворачиваются в нем в несколько другой плоскости, что обуславливает необходимость «перевода» с естественного языка на язык юридический [108].

На наш взгляд, в чем-то схожая ситуация наблюдается и в профессиональном медицинском языке: с одной стороны, он базируется на естественном языке и имеет тот же грамматический строй, помимо специальной лексики включает общеупотребительную [2], метафорическая

картина мира в медицинском языке традиционна [151]. С другой стороны, такой язык отличает качественное своеобразие. Как отмечают А.М. Анохин и Т.Е. Веденская, язык медицины – это язык науки, следовательно, наравне с естественным языком, научный язык является одним из базовых компонентов социокультурного контекста, в котором функционирует медицина. Исследователи отмечают, что как семиотическая система, язык медицинского сообщества основан на естественном языке, в то же время, существенные отличия наблюдаются в силу высокой концентрации в нем специальной терминологии, при этом термины могут принадлежать различным наукам и иметь различное содержание и степень абстрактности [11].

Можно сказать, что врач «существует на стыке» двух языков: с одной стороны, он является представителем профессионального сообщества, специалистом, имеющим картину мира, связанную с научной и медико-биологической природой предмета своего труда. С другой стороны, он работает в системе «человек-человек» (Е.А. Климов) [91], причем пациенты, с которыми он реализует просветительскую работу, как правило, далеки от медицины. Это, на наш взгляд, обуславливает смешанный, частично искусственный характер отраслевого медицинского языка.

В контексте данного исследования язык представителей медицинского сообщества интересует нас, прежде всего, как педагогический инструмент, инструмент, при помощи которого специалист может реализовывать просветительскую работу. С точки зрения человека, обратившегося к врачу, язык врача может восприниматься как своего рода «язык инопланетянина». Разговор двух профессиональных медиков зачастую может быть практически не понятен человеку, не имеющему связи с этой областью жизни. В том случае, если врач станет объяснять пациенту регламенты ведения здоровьесообразного образа жизни на «безупречном медицинском», пациент, к сожалению, может ничего не понять. Соответственно, с целью повышения эффективности просветительской педагогической деятельности необходимо

ответить на следующий вопрос. Каким образом врач может достигнуть сознания пациента и сделать так, чтобы последний понял специалиста? По существу, эта проблема связана с «переводом с профессионального языка на язык доступный». Таким образом, в качестве одной из особенностей речевого влияния врача в процессе просветительского педагогического воздействия можно отметить *частично искусственный характер профессионального медицинского языка*, обуславливающий необходимость «перевода» слов врача на язык, доступный пациенту.

Ввиду того что отличительной чертой медицинского языка является наличие своеобразного категориального аппарата [11], сформировавшегося в рамках профессионального сообщества, в процессе педагогической просветительской деятельности появляется *лексическая асимметрия*: пациенты, в отличие от врачей, не знакомы с большим количеством медицинских понятий.

В целом, большинство функционирующих в профессиональном медицинском языке терминов полностью понятно лишь специалистам, получившим надлежащую подготовку. При этом существует определенная связь между медицинскими терминами и теоретическими концептуальными схемами, которые господствуют в медицинской науке в тот или иной момент времени: новые теории могут привносить новые термины, или термины из теорий, господствовавших ранее [11]. Существуют как общие медицинские термины, так и специфические термины, используемые представителями определенных врачебных специальностей [151]. Например, «патогенез» – термин, который может активно применяться терапевтом, фтизиатром, и хирургом-онкологом, а «аура» – слово, активно используемое преимущественно психиатрами или неврологами в контексте разговора об эпилепсии или мигрени. В медицинской лексике в достаточно большом количестве присутствуют иностранные заимствования: английские, французские [44] и, безусловно, латынь [145]. При этом находят активное применение не только отдельные термины, но и словосочетания и

фразеологизмы, например, «lege artis», «minimum minimorum», которые также можно услышать из уст врачей.

Следует отметить, что многие, употребляемые медицинские термины вошли в систему естественного языка или стали известны широкой общественности благодаря определенной просветительской деятельности, проводившейся среди населения, а также благодаря доступности здравоохранения и популяризации достижений медицинской науки в XX веке. Сегодня обыватель имеет представление о ряде медицинских понятий (безусловно, наиболее широко употребляемых), например, таких, как «гипертонический криз», «интоксикация», «тахикардия». Свою лепту в популяризации медицинской терминологии внесли СМИ, а также киноиндустрия, затрагивающие в своих произведениях медицинскую тематику. Однако диалог двух профессиональных врачей все же не будет полностью понятен обывателю. Например, рассказ о «растянутой жидкостью синовиальной сумке подколенной ямки, расположенной в ее медиальном отделе» [235, с. 45] даст человеку, далекому от медицины, весьма слабые представления о том, что с ним происходит, каким заболеванием и в какой стадии он страдает, а также, каким образом необходимо себя вести, чтобы выздороветь.

Сложный категориальный аппарат профессионального медицинского языка усваивается будущими врачами в процессе профессиональной медицинской подготовки и не вызывает сложностей при вхождении специалиста в профессиональное поле. В процессе работы с коллегами-медиками (врачами, медицинским персоналом) взаимодействие осуществляется на языке профессионального сообщества, что исключает возникновение коммуникативных сложностей, связанных с лексической асимметрией. В то же время в процессе работы врач взаимодействует с людьми, обратившимися за помощью, то есть представителями не медицинской области. Именно эти люди представляют собой ту аудиторию, которой должна быть адресована педагогическая просветительская

деятельность врача. Это ставит специалистов перед необходимостью решения педагогической задачи, связанной с поиском способов адаптации речи врача, приведением ее к максимально доступному для понимания пациента виду. Возможным способом решения данной проблемы может стать введение в процесс обучения пациента языковой пропедевтики.

Пропедевтика в целом может быть представлена как «предварительный круг знаний о чем-либо, введение в науку» [150, с. 617]. Она предполагает изложение определенной науки в сжатом и элементарном виде и предшествует более глубокому изучению некоего предмета [228]. Пропедевтика осуществляется как подготовительный этап в изучении явлений на более высоком уровне [172], как предварительный курс, излагающий в систематизированном виде сведения, без которых не представляется возможным изучение основной дисциплины [94]. Языковая пропедевтика может быть связана с обучением детей в период становления грамотности [240], а также с логопедической работой с детьми, имеющими нарушения речи [87]. Наиболее активно языковая пропедевтика применяется в рамках лингводидактики, где она связана с подготовкой студентов к освоению новых знаний, в рамках преподавания иностранного языка для специальных целей [5] лингвокультурологической подготовке при изучении иностранного языка [241] и т.д. Профессиональная языковая пропедевтика также может быть связана с введением будущего специалиста в язык профессии, в том числе, на этапе, предшествующем изучению иностранного языка [89].

Языковую пропедевтику в рамках просветительской деятельности при работе с пациентами мы определяем как подготовительный этап просветительской работы, направленный на формирование у них представлений об основных понятиях, связанных с поддержанием здоровья и ведением соответствующего образа жизни. Такая пропедевтика может быть осуществлена следующим образом. Для пациентов может быть составлен небольшой словарь-тезаурус, в котором в доступном виде будут

представлены основные термины, с которыми больному предстоит столкнуться в ходе дальнейшего взаимодействия с врачом. Такой словарь может быть напечатан в виде буклета и предоставляться для самостоятельного изучения пациенту. При возникновении каких-либо вопросов, пациент может получить консультацию врача при встрече и уточнить непонятные для него моменты. По итогам проведенной с пациентом беседы врач сможет сделать заключение о том, сформировалось ли у пациента представление о терминах, которые в дальнейшем будут использоваться в процессе просветительского взаимодействия. Если да, специалист может переходить к основному этапу просветительской работы, если же нет – продолжить дальнейшую пропедевтическую работу.

В процессе взаимодействия врача и пациента, в том числе при осуществлении педагогической просветительской деятельности, также наблюдается *наличие статусно-ролевой асимметрии*. Такой вид асимметрии обусловлен спецификой социальной ситуации взаимодействия врача и пациента (В.И. Карасик) [86]. Исследователи (В.В. Жура, Б.П. Красовский, В.О. Hoftvedt и др.) отмечают, что инициатива в процессе коммуникации, как правило, принадлежит врачу: именно он решает, когда начать и когда закончить беседу, когда и каким образом задавать вопросы партнеру по коммуникации [66, 100, 279]. По сути, врач и человек, обратившийся к нему, в условиях приема наделены разным социальным статусом, который накладывает отпечаток в том числе и на протекание педагогического просветительского взаимодействия.

С точки зрения социальных норм, пациенту предписывается соглашаться с рекомендациями врача и выполнять их, в противном случае сама коммуникация с доктором будет приостановлена. В то же время пациент может иметь мнение отличное от мнения врача по поводу способов поддержания своего здоровья [208]. В данном случае актуальным становится поиск способов установления продуктивного контакта между врачом и пациентом, поиск таких методов речевого воздействия, которые

содействовали бы формированию и поддержанию приверженности рекомендациям врача и ведению образа жизни, соответствующего сохранению здоровья.

*Учет фактора адресата.* Успех решения педагогических просветительских задач врача во многом зависит от того, насколько пациент готов понять те речевые просветительские послания, которые ему адресует врач. В лингвистике в таких случаях принято говорить о факторе адресата – факторе коммуникации, который предполагает учет особенностей того, кому адресовано послание (В.И. Стернин) [214]. В целом, для того чтобы речевое воздействие было более эффективным, рекомендуется учитывать количество людей, к которым обращено некое речевое послание, их возрастные и гендерные особенности, их культурно-образовательный уровень и уровень знания языка, на котором происходит взаимодействие [214].

Анализируя особенности речевой коммуникации врача и пациента, В.В. Соложенкин указывает на обусловленность речевых высказываний индивидуальной культурой как пациента, так и медика: и специалист, и больной воспринимают слова друг друга через призму собственной личности, что требует принятия во внимание ее особенностей. Исследователь рекомендует врачу строить речевую коммуникацию с человеком, обратившимся за помощью, с учетом следующих особенностей: уровня когнитивной сохранности человека; культурно-образовательного уровня; языковых особенностей (говорит ли пациент на том языке, на котором говорит врач, или необходим переводчик); возможности принятия человеком ответственности за свое здоровье и ситуацию; психологического состояния (в том числе наличие психических расстройств) и психологических характеристик личности (например, уровня тревожности) [208].

В процессе речевого взаимодействия врача и пациента важно также учитывать, что многие ситуации, феномены, переживания, о которых врач говорит с пациентом, достаточно субъективны. Например, «сильно болит» - и «слабо болит» - субъективные категории, которые могут быть связаны с



индивидуальными особенностями человека, например, пониженным или повышенным порогом болевой чувствительности, склонностью к тревожности или ипохондричности. Насколько фраза «сильно болит» идентична в понимании врача и пациента? Как отмечает И. Харди, о явлениях физического мира говорить намного легче, чем о переживаниях или чувствах, ведь первые более объективны [232]. Важно понимать, что языковая картина мира пациента отличается своеобразием, связанным с его личностными, эмоционально-волевыми, психическими, культурно-образовательными особенностями, что должно быть принято во внимание врачом, реализующим просветительскую деятельность.

На наш взгляд, важно также учитывать, что врач взаимодействует с пациентами и их родственниками в условиях для больных и их семейно-родственного окружения незнакомых, сложных, неприятных, что накладывает свой отпечаток. Эмоциональное состояние человека, наличие неприятных соматических переживаний могут повлиять на способ восприятия информации, получаемой от врача: часть информации может быть не до конца понята пациентом, часть - искажена. Согласно Л.П. Урванцеву и Л.М. Бедрину, в ходе речевого взаимодействия с пациентом врач может решать следующие задачи: снятия у больного напряжения, страха, тревоги; «стимулирования пациента» к рассказу о своем состоянии; урегулирования конфликтных ситуаций; внушения оптимизма. Также врач может реализовать через речь функцию эмпатии; указывать пациенту на ошибки в имеющихся у него представлениях о картине заболевания; мотивировать к соблюдению предписаний; налаживать взаимоотношения и регулировать направление беседы [19].

Л.П. Урванцев и Л.М. Бедрин дают следующие рекомендации для эффективного языкового взаимодействия с пациентами или их представителями: не перебивать собеседника, проводить тщательный подбор слов, учитывать специфику внутренней картины болезни, мотивацию

личности, особенности темперамента и характера, эмоционально-волевой сферы личности, когнитивных и речевых способностей [19].

В процессе взаимодействия врача и пациента важно также принимать во внимание уровень осведомленности пациента о состоянии его здоровья или об имеющемся у него заболевании [19], а также общий уровень медицинской грамотности больного [208]. Например, на прием к врачу может прийти человек, также имеющий высшее или среднее медицинское образование, или достаточно «опытный» пациент, имеющий хроническое заболевание и в силу своего состояния многое знающий о принципах лечения. В то же время важно учитывать, что такие люди не всегда могут иметь адекватные представления о собственном здоровье или о болезни [208]. Учет уровня медицинской грамотности пациента в процессе реализации просветительской деятельности, с одной стороны, позволяет адаптировать речь врача к уровню готовности пациента, с другой – дает возможность скорректировать имеющиеся у больного неправильные представления о здоровьесообразном поведении [19].

В целом, реализуя педагогическую просветительскую работу, доктору важно понимать, что в процессе просветительской деятельности происходит встреча с Другим, с личностью, встреча с отдельным человеком, имеющим собственный опыт, представления и переживания [260]. Как иронично отмечают М. Фишер и Дж. Иро (M. Fisher, J. Ereaut), доктору было бы намного проще, если бы пациент стал мыслить и говорить, как врач, если бы больной обладал теми же мыслительными и языковыми конструктами, что и медик. По сути, авторы говорят о распространенном желании специалистов «выровнять» картины мира врача и пациента, «подтянув» пациента на уровень врача [270]. Но возможно ли это в полной мере? В данном случае именно просветительская педагогическая работа, проводимая с пациентом, может сформировать у пациента грамотные представления о состоянии его здоровья и о том, каким образом необходимо себя вести, чтобы его сохранять. В тоже время, важно понимать, что пациент остается носителем

«пациентского», а не «профессионального» сознания. Это должно быть принято во внимание при осуществлении врачом просветительской деятельности.

На реализацию педагогической просветительской деятельности врача накладывают отпечаток определенные **организационные ограничения, связанные с регламентом лечебного учреждения**. Регламент приема пациентов – значимое организационное условие функционирования любого медицинского учреждения, влияющее, в том числе, на реализацию педагогической просветительской деятельности врача. Специалист за достаточно краткий отрезок времени, отведенный на работу с больным, должен успеть не только провести просветительскую беседу, но и осуществить диагностику и определить тактику лечения, а также оформить прием документально.

Регламент приема пациента может различаться в зависимости от специальности, заболевания и типа медицинского учреждения. Так, в поликлинике на первичный осмотр врача-терапевта и педиатра (с учетом заполнения медицинских документов и, собственно, медицинского взаимодействия – осмотра, постановки диагноза, и т.д.) отводится 15 минут [174]. Врач-кардиолог может принимать пациента в течение 24 минут, эндокринолог – 19, стоматолог – 44 минут [173]. Если же врач работает в клинике или в системе, где может наблюдать пациента длительное время (например, на отделении гемодиализа), временной регламент работы с больным может быть другим и определяться внутренними инструкциями медицинского учреждения. При этом реализация просветительской деятельности не должна осуществляться в ущерб другим обязанностями специалиста. Таким образом, очевидно, что просветительские речевые послания врача, адресуемые пациенту, должны быть достаточно краткими и лаконичными, при этом – емкими по смыслу. В данном контексте важным становится поиск способов оказания просветительского речевого влияния,

которые позволили бы достичь поставленных педагогических целей в достаточно короткий временной отрезок.

***Биоэтическая и этико-деонтологическая направленность речевого влияния при осуществлении педагогической просветительской деятельности.*** Помимо должностных инструкций и инструкций по нормированию времени, профессиональная деятельность врача и вся система его взаимодействий с субъектами профессиональной деятельности регламентирована комплексом биоэтических и деонтологических норм. Эти нормы насквозь пронизывают каждую профессиональную функцию специалиста; не исключением является и речевой аспект просветительской работы доктора.

Каким образом врач должен себя вести, чего не должен говорить – на документальном уровне все это регулируется методическими рекомендациями Министерства Здравоохранения, этическим кодексом, регламентирующим поведение врача, сводами правил трудового поведения. Повышенное внимание профессионального сообщества и широкой общественности к необходимости такой регламентации связано с теми рисками и вызовами, о которых говорилось в параграфе 1.1. и направлено в первую очередь на профилактику ятрогений – состояний, вызванных некорректными действиями сотрудников системы здравоохранения, связанных с причинением вреда пациенту в ходе профилактических, диагностических, лечебных воздействий [134].

Исследователи, занимающиеся данным вопросом, отмечают, что важна не только профилактика ятрогений в сфере «инвазивного вмешательства» (например, в виде стерилизации медицинских инструментов), но и в сфере взаимодействия с пациентом, как с личностью. Согласно В.М. Седову и В.Ю. Бибикову, ятрогении рассматриваются как последствия не только действий, но и высказываний сотрудников медицинских учреждений в период исполнения ими своих профессиональных обязанностей [196]. С.В. Дьяченко с соавторами, рассматривая классификацию ятрогений, выделяет в них

особый вид информационно-деонтологических ятрогений, к которым относят помимо разглашения врачебной тайны, нарушение регламента взаимоотношений с больным, недостаточное информирование человека о заболевании и возможностях лечения. Также, рассматривая этот вид ятрогений, автор говорит о значимости учета специфики используемых медиком слов и о возможности их неправильного толкования [61].

Безусловно, одно из базовых требований, предъявляемых к речевому поведению врача, – соблюдение правил речевого этикета и вежливости, обеспечивающих успешность коммуникации [16]. Очевидно, что обращение к пациенту, его представителям должно быть уважительным и вежливым, а фамильярность в общении недопустима [40], как недопустима ироничность или игривость [86]. В то же время, несмотря на то, что общение доктора и пациента должно быть официальным, оно не должно быть слишком дистанцированным. Это обусловлено, в первую очередь, необходимостью поддержания эмоциональной атмосферы, способствующей сохранению доверия между участниками лечебного процесса [86].

Значимой является интенциональная направленность просветительского взаимодействия с пациентом: оно должно осуществляться во благо и в интересах больного, при этом не быть манипулятивным [283, 289]. В связи с этим важным представляется требование соблюдения конфиденциальности по вопросам оперирования информацией, значимой для пациента, что также соотносится с нормами этики и деонтологии [293]. Также не вызывает сомнения запрет на нанесение ущерба больному словами или их содержанием [40].

Уместным при проведении просветительской беседы представляется использование врачом корректных и в то же время понятных пациенту терминов, особенно в тех случаях, когда обиходные слова будут иметь негативную коннотацию. Такое речевое поведение позволит избежать социальной стигматизации, связанной с определенными состояниями здоровья, что соотносится с профилактикой ятрогений. Например, А.

Meadows рекомендует специалистам использовать словосочетание «избыточный вес» вместо слова «ожирение» [287].

Таким образом, можно заключить, что педагогическая просветительская деятельность, реализуемая врачом, и ее речевой компонент должны соотноситься с императивом «не навреди». В силу того, что речь врача может достаточно сильно воздействовать на пациента, реализация просветительского речевого воздействия должна регулироваться нормами биоэтики и деонтологии. Речевое воздействие – крайне мощный инструмент, который может достаточно сильно влиять на сознание, поведение, жизни людей, к которым обращено. Именно по этой причине важно, чтобы просветительское речевое воздействие, которое врач оказывает на людей, обратившихся за помощью, было обращено им во благо. Поэтому врач, реализуя речевое воздействие на пациента, должен руководствоваться таким профессионально значимым личностным качеством, как способность к биоэтическому мышлению и поведению.

Описанные выше особенности речевого взаимодействия должны быть учтены при планировании и реализации врачом педагогической просветительской деятельности. Безусловно, важен учет всех обозначенных нами выше закономерностей взаимодействия врача и пациента, а также данных, полученных клинической психологией, социологией медицины и других наук, изучающих специфику поведения людей в отношении собственного здоровья. Рассмотренные исследования освещают преимущественно работу непосредственно с больными. Но взаимодействие врача с ближайшим семейно-родственным окружением пациента или его представителями также требует определенного просветительского сопровождения [220, 280 и др.]. На наш взгляд, в случае взаимодействия с ближайшим окружением пациента, представителями группы риска по здоровью и здоровыми людьми, в рамках педагогической просветительской деятельности также необходимо учитывать все вышеперечисленные особенности.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что просветительское речевое взаимодействие врача и пациента не сводится к использованию совокупности морфем, словоформ и предложений. Оно строится в соответствии с нормами и регламентами статусно-ролевых отношений принятых в сфере здравоохранения. Это позволяет трактовать просветительское речевое влияние врача как дискурсивное образование, своеобразную «конкретизацию речи» в специфической сфере человеческого существования, связанной с медициной (В.И. Карасик) [86, с. 193].

В целом, могут быть выделены следующие факторы, способствующие осуществлению врачом эффективной просветительской деятельности, направленной на формирование у пациентов или представителей их ближайшего семейно-родственного окружения представлений о регламентах здоровьесобразного поведения. Надлежащее коммуникативное поведение врача должно соотноситься с особенностями медицинского дискурса. Специалист должен обладать языковой компетентностью и коммуникативной грамотностью, которые позволяют ему надлежащим образом использовать язык и внеречевые формы воздействия на пациента. Указанные качества (надлежащее коммуникативное поведение, языковая компетентность и языковая грамотность) должны формироваться у врача в процессе его додипломной (на уровне специалитета) и последипломной подготовки (на уровне ординатуры, повышения квалификации).

Таким образом, врач в рамках педагогической просветительской работы решает задачу формирования у пациента представлений, связанных с регламентами здоровьесобразного поведения. Оно представляет собой вид активности человека и системы его взаимоотношений с окружающим миром, способствующий наиболее гармоничному бытию в русле сохранения и поддержания своего здоровья на максимально возможном для данного человека уровне. В ходе такой деятельности врач транслирует актуальную для пациента информацию, касающуюся его психосоматического состояния в настоящем и будущем, этических аспектов такого поведения; оказывает

целенаправленное влияние на интеллектуальную сферу пациента и изменяет формат его поведения в необходимом для сохранения здоровья русле.

Специфика речевого влияния врача на пациента в ходе решения этой задачи заключается в следующем: частично искусственный характер профессионального медицинского языка, наличие лексической и статусно-ролевой асимметрии, необходимость учета фактора адресата (личностных, социально-психологических и других особенностей обучающегося – пациента), наличие организационных ограничений, связанных с регламентом лечебного учреждения, биоэтическая и этико-деонтологическая направленность речевого воздействия врача в процессе реализации педагогической просветительской деятельности. Эти особенности должны быть приняты во внимание в процессе реализации педагогической просветительской деятельности, ориентированной на формирование здоровьесообразного поведения пациента.

### **1.3. Лингвокогнитивные, лингвокоммуникативные и лингвопрагматические аспекты просветительской деятельности врача**

Вхождение человека в мир культуры и функционирование человеческого общества возможны благодаря языку. Именно при помощи языка человек усваивает опыт, который был накоплен предыдущими поколениями, посредством языка и речи результаты интеллектуальной деятельности человечества могут стать достоянием отдельного индивида. При этом язык выступает в роли хранителя и переносчика знаний, речь – в роли их реализатора [130]. Язык позволяет человеку не только получать знания, передавать информацию, но и формировать определенную стратегию ориентации в мире, дает возможности понимания среды, в которой человек



находится, а также позволяет выстраивать определенную линию поведения [82].

Столь сложный феномен как язык волнует исследователей и с философской точки зрения. Что такое язык? Является ли он лишь инструментом, при помощи которого мы познаем мир, общаемся, выполняем определенные действия, или же он властный диктатор, оказывающий влияние на все наше мировосприятие, на то, как видим и постигаем окружающую действительность, как систематизируем представления о мире, как передаем их?

Ответы на все эти и многие другие вопросы пытаются дать исследователи, представляющие различные отрасли знания: философию (в том числе философию языка), психологию, когнитологию, когнитивную лингвистику, психолингвистику, нейролингвистику, прагмалингвистику, коммуникативную лингвистику, лингводидактику и другие науки. Все они, так или иначе, пытаются ответить на вопрос о соотношении языка и сознания, влиянии языка на человеческую жизнь и его роли в различных ее сферах.

Для нашего исследования особую значимость приобретает тот факт, что реализация такого рода человеческой деятельности, как образование, была бы невозможна без использования языка. Именно язык позволяет людям вступать во взаимодействие в различных образовательных ситуациях, помогает передавать знания, формировать умения и навыки, влияя на сознание и на мышление людей, принимающих участие в образовательном процессе. Не является исключением и такое направление образовательной деятельности, как просветительская деятельность врача.

Основная задача врача при реализации просветительской деятельности – повлиять на сознание человека, обратившегося за помощью, а через это – на поведение пациента. Необходимые представления о регламентах ведения здоровьесообразного образа жизни, ценностное отношение к собственному здоровью, способствующее изменению поведения пациента, могут быть

сформированы посредством речевого воздействия со стороны врача. При этом специалист должен уметь оказывать влияние при помощи слова.

Прежде всего, врач должен сформировать в сознании пациента необходимую для ведения здоровьесобразного образа жизни систему представлений. В связи с этим могут быть выявлены специфические лингвокогнитивные аспекты просветительской деятельности врача. В контексте решения прикладных просветительских задач необходимо понимать, каким образом представления о здоровьесобразном образе жизни формируются у пациентов; каким образом в процессе речевого взаимодействия врач может оценить имеющиеся у пациента знания, скорректировать их (в случае необходимости).

Помимо формирования собственно знаний, врач пытается воздействовать на поведение пациента и сделать последнее здоровьесобразным. В процессе педагогического просветительского взаимодействия с больным каждый врач применяет тот общенациональный язык, на котором разговаривает и он, и пациент. Однако использование данного инструмента каждым конкретным специалистом приобретает индивидуальные черты. Во многом своеобразие того, каким образом врач разговаривает с пациентом, обусловлено целями и задачами, которые перед собой ставит медик, личностными особенностями специалиста, спецификой коммуникативной ситуации, в которой находятся собеседники (то есть спецификой комплекса условий, в которых протекает общение и состояний собеседников, отражающихся в речевом поведении последних) (Н.И. Формановская) [230], а также особенностями самого больного, к которому обращено то или иное просветительское послание. Соответственно, можно выделить связанные с этим лингвокоммуникативные и лингвопрагматические аспекты просветительской деятельности врача.

К базовым функциям языка (то есть ролям, которые он играет в социуме) традиционно относят его коммуникативную (позволяющую языку быть средством общения в человеческом обществе) и когнитивную

(познавательную) функции, а также эмоциональную функцию, за счет которой язык может передавать чувства; выделяют также метаязыковую функцию, позволяющую познавать язык при помощи его же средств (Н.А. Слюсарева) [203]. Помимо базовых функций языка существуют функции производные, с ними взаимосвязанные. Так, с когнитивной функцией языка тесно взаимосвязаны такие частные функции, как: функции номинации, оценки, познания и овладения общественно-историческим опытом и ряд других функций. С коммуникативной функцией языка связаны контактоустанавливающая функция, функция воздействия, хранения и передачи культурно-исторического опыта и другие [203].

Если посмотреть на взаимодействие людей при помощи языка более широко, то можно увидеть, что люди разговаривают не только для того, чтобы передать какую-то информацию. Зачастую, передача информации – это не самоцель, а способ воздействовать на другого человека, воздействовать интеллектуально, эмоционально, способ побудить другого на совершение определенных поступков. Такое назначение языка соотносится с его прагматической целью [63], позволяющей говорящему оказывать активное воздействие на мир [54]. Данную функцию также называют праксеологической или практической [54].

Впервые о прагматической функции языка заговорил В. Гумбольдт, относя ее вместе с коммуникативной и познавательной к базовым функциям языка, при этом не рассматривая эту функцию в качестве главной в данной триаде. Точку зрения, согласно которой прагматическая функция языка является его основной функцией, разделяли Л. Блумфилд и Б. Малиновский. Первый обуславливал ее главенство с позиций происхождения языка: прагматическую функцию он связывал с разделением труда у древних людей. Вторым ученый в качестве доказательства тезиса о главенстве прагматической функции приводил в пример первые попытки речи у маленьких детей, связанные, прежде всего, с попыткой удовлетворить свои потребности, призвав взрослых к определенному поведению [54].

В целом, анализ взглядов различных ученых на предмет функций языка позволяет сделать вывод об отсутствии единых представлений об иерархии функций языка. Например, по мнению К. Бюлера, у языка есть следующие смысловые функции: экспрессивная (функция выражения) (реализуемая, в частности, за счет функционирования имен ласкательных и ругательств); аппеллятивная функция (реализуемая, например, в виде команд); репрезентативная (экспликативная) функция, благодаря которой осуществляется коммуникация. Последняя функция, согласно ученому, является базовой [29]. По мнению Ю.С. Степанова, к базовым функциям языка относятся такие функции, как номинативная, синтаксическая и прагматическая, соотносимые, соответственно, со способами применения языка в качестве инструмента общения, познания или оказания воздействия [212].

В контексте нашего исследования наибольший интерес представляют такие функции языка, как коммуникативная, когнитивная и прагматическая, поскольку они связаны с такими составляющими просветительской деятельности, как сообщение информации, формирование необходимых представлений в условиях реального взаимодействия конкретного врача с конкретным больным и оказание влияния на дальнейшее поведение пациента. Проанализируем эти функции более подробно.

Коммуникативная функция языка рассматривается в качестве ведущей многими учеными (Л.С. Выготский, Г.В. Колшанский и др.), она позволяет языку быть средством связи и установления взаимопонимания между людьми. Например, согласно Л.С. Выготскому, коммуникативная функция языка – это его первоначальная функция, поскольку человеческая речь – это, прежде всего, инструмент общения в человеческом обществе [46]. По мнению Г.В. Колшанского, базовой целью языка является установление взаимопонимания в ходе коммуникации [96].

Феномен коммуникации имеет достаточно много возможностей толкования: как некий общий способ связи объектов (универсальная

трактовка); как путь сообщения или линия связи (в техническом аспекте); как способы связи в животном мире (биологическое понимание термина); как характеристика отношений и связей, которые возникают в человеческом обществе (социальное понимание коммуникации) [34]. Вопросы коммуникации людей при помощи языка традиционно являются предметом исследований лингвистической науки. Языковая коммуникация строится на базе определенных единиц информации, формируемых адресантом, осуществляющим коммуникацию и, в свою очередь, принимаемых адресатом. Обмен мыслями между этими двумя субъектами возможен только в том случае, если такие единицы будут обладать неким смыслом, информационной составляющей, а также, если они будут соответствующим образом структурно организованы (Г.В. Колшанский) [96]. Такие единицы представляют собой высказывания – специфические речевые произведения, минимальные относительно целостные в содержательном и интонационном плане коммуникативные единицы, обладающие грамматической и смысловой структурой (А.А. Леонтьев) [116]. Высказывания – феномен речевой (Ю.С. Маслов, Н.И. Формановская) соответственно, они во многом обусловлены спецификой той ситуации, в которой произносятся, и теми целями, которые преследуются участниками общения [230, 131]. Они также должны быть связаны по смыслу с некоей более крупной речевой единицей, в которую входят [58].

Для целей нашей работы феномен высказывания представляет собой особую значимость. Врач в процессе просветительской деятельности адресует пациенту некий комплекс высказываний - просветительских посланий, которые в процессе просветительской работы адресуются, прежде всего, сознанию пациента. Когда знания о нормах и принципах ведения здоровьесообразного образа жизни будут получены и усвоены, пациент сможет изменить свое поведение.

Когнитивная функция языка, связанная с познанием окружающего мира и его различных аспектов, «портретированием» мира, «его

интерпретацией» и «преломлением» (Е.С. Кубрякова) [103, с.37] также признается исследователями в качестве одной из наиболее значимых функций языка. По сути, любые новые явления действительности могут быть познаны человеком благодаря языку (А.А. Леонтьев) [119]. Когнитивная функция языка распространяется на все сферы человеческой деятельности, в том числе, она может быть связана с познанием возможностей организма и способов сохранения здоровья, поскольку язык – наиболее эффективный путь доступа к сознанию (З.Д. Попова, И.А. Стернин) [171].

Способность языка представлять познаваемые человеком феномены окружающего мира связана с таким свойством языка, как когнитивность, которое способствует формированию у человека понятийной картины мира (Н.А. Слюсарева) [205]. Язык способствует процессу восприятия и осмысления человеком действительности, а процесс взаимодействия языка и мышления позволяет реализовывать когнитивную функцию языка [77]. Язык являет собой не только средство коммуникации, но и средство формирования и выражения мысли, взаимосвязь языка и мышления выливается в едином речемыслительном процессе (С.Д. Канцельсон) [84].

Прагматическая функция языка связана с возможным воздействием при помощи слова на действительность. Эта функция языка предполагает рассмотрение его не только как способа передачи мыслей, знаний или способа общения, но и как способа оказания влияния, по сути - способа действия (Л. Блумфилд) [25]. Высказывание характеризуется наличием определенного коммуникативного эффекта (прагматическим воздействием) [97], оно способно определенным образом регулировать поведение человека, которому оно предназначено [118]. Адресуя некое речевое послание, можно убедить, внушить что-либо, побудить человека на совершение некоего поступка, предостеречь его или остановить. При этом реальное взаимодействие людей происходит в определенное время, в определенном месте, с некоей специфической целью, а каждый из участников коммуникации обладает своими отличительными особенностями. Например,

адресаты, которым направлено определенное сообщение, могут различаться по множеству параметров: они могут быть единичными или массовыми, реальными или гипотетическими, обладать различными личностными характеристиками. В связи с этим для реализации успешной коммуникации, необходимо выстраивать взаимодействие с учетом особенностей того лица, к которому направлено сообщение, осознанно выбирать те языковые средства, которые позволят наиболее эффективно достичь целей и задач, поставленных при планировании взаимодействия [42]. Все это может быть названо компонентами коммуникативной ситуации [42], и должно быть принято во внимание при попытке понять, каким образом то или иное высказывание оказывает влияние на участников коммуникации и на ситуацию в целом. Следует отметить, что в исследованиях, посвященных речевому воздействию, в качестве значимых характеристик, которые также могут оказывать влияние на получателя сообщения, называются темп, тональность, ритм, то есть фактурные свойства высказывания [95, 160, 215, 239 и др.].

В процессе реализации просветительской деятельности врач может применять различные технологии коммуникации, в том числе такие, как технология убеждения, технология суггестии (Н.В. Ванчакова с соавт.) [160]. Убеждение, как техника воздействия на сознание и поведение, строится на основании логических доводов, системе аргументов, которую приводит автор сообщения. Оно основывается на обращении к критическому суждению личности [239]. Суггестия, как средство внушения определенных идей, также активно применяется врачами-педагогами в своей работе [160]. Суггестия может осуществляться при помощи звукоизобразительных, грамматических, синтаксических, лексических средств и воздействовать на эмоциональную сферу, подсознание, что предполагает некритичное усвоение сообщения [95, 160].

Отметим, что эти технологии зачастую ассоциируются с манипулятивным поведением [95], в рамках которого некий субъект при помощи слов и различных невербальных средств стремится навязать свою

волю объекту таких воздействий. В нашем случае подобные техники не связаны с манипулированием, поскольку последнее осуществляется не во благо объекта воздействия, а с выгодой для того, кто это воздействие осуществляет (Е.Л. Доценко, Э. Шостром и др.) [60, 243]. Любое влияние на пациента со стороны врача, в том числе при помощи языка, должно быть обязательно направлено во благо пациенту и согласовываться с основным принципом медицинской деятельности – «не навреди». Именно поэтому, для врача таким важным представляется профессионально-значимое качество «способность к биоэтическому мышлению и поведению».

С точки зрения прагмалингвистики, изучающей язык как инструмент действия [132], любой говорящий человек имеет некие интенции, то есть намерения [132, 42], цели, осуществить которые он может в случае эффективного построения коммуникации. Обобщенная интенция говорящего, как правило, связана либо с сообщением какой-либо информации, либо с побуждением получателя сообщения к чему-либо [42]. Специфика взаимодействия людей в различных ситуациях, в том числе в типичных институционализированных, например, ситуации обучения в учебном заведении, лечения в медицинском учреждении, общения в юридической сфере и т.д. - накладывают свой отпечаток как на интенции говорящих, так и на особенности протекания коммуникации.

В рамках нашего исследования представляется важным феномен речевого акта – многомерного явления, отражающего как коммуникативную ситуацию, так и условия реализации коммуникации, и те коммуникативные задачи, которые должны быть реализованы (А. Вежбицка, Дж. Серль, Д. Вандервекен) [43, 198]. Речевой акт представляет собой целенаправленное речевое действие, которое совершается с учетом тех норм и принципов общения, которые распространены в конкретном обществе [216]. Речевой акт может быть рассмотрен в качестве индивидуального способа использования языка с целью общения. При этом он подразумевает взаимодействие двух индивидов (например, посредством произнесения высказывания и его



восприятия), что способствует пониманию участниками общения друг друга [186]. Его основными характеристиками являются целенаправленность, обусловленность неким мотивом, конвенциональность [133]. Именно в речевом акте реализуется коммуникативная функция языка [204]. По сути, любое обращение врача к пациенту в условиях осуществления просветительской деятельности является речевым актом, имеющим определенную цель (проинформировать пациента, убедить его в необходимости приема лекарств, мотивировать на повышение уровня физической активности и т.д.).

В рамках данного исследования нас интересует, каким образом вышеуказанные функции языка проявляются при реализации врачом просветительской работы с пациентом. Для этого необходимо понимать: какие цели преследует врач тем или иным высказыванием; как на взаимодействие врача и пациента влияет ситуация общения в рамках медицинского приема; какие особенности получателя информации (пациента) накладывают отпечаток на процесс речевого взаимодействия субъектов просветительской деятельности.

Прежде всего, следует отметить, что врач и пациент взаимодействуют в достаточно специфичной коммуникативной ситуации, связанной с заболеванием, его лечением или профилактикой, так или иначе – с попыткой пациента сохранить здоровье. Это может быть ситуация первичного или повторного приема, ситуация диагностики, лечения, реабилитации. С прагматингвистической точки зрения, важно понимать, какую именно просветительскую цель преследует врач при адресации пациенту определенного сообщения. В соответствии с интенциями врача, в процессе реализации просветительской деятельности, он может применять следующие виды высказываний. Это могут быть высказывания, направленные на формирование у пациента представлений о заболевании и ведении здоровьесообразного образа жизни, либо представлений об актуальном психосоматическом состоянии пациента; высказывания, связанные с

разрешением или запретом пациенту специфического формата поведения; высказывания, направленные на оказание влияния на пациента, развитие у него мотивации к исполнению всех предписаний врача.

Каждое такое высказывание может включать одно или несколько предложений. Особенности их структурного оформления должны быть обусловлены требованием доступности: необходимо, чтобы такие высказывания были легкими для восприятия на слух. Предпочтительно использовать простые предложения (включающие одно подлежащее, одно сказуемое). Такие предложения достаточно лаконичны, они позволяют выразить основную просветительскую мысль и легко воспринимаются пациентом. Возможно также использование сложноподчиненных предложений, например, условных предложений с конструкциями «если ... то ...». Такие конструкции достаточно просты в восприятии, при этом они помогают отобразить причинно-следственную связь между явлениями. В целом, необходимо использовать повествовательные невосклицательные и побудительные невосклицательные предложения: речь врача должна быть убедительной, в то же время эмоционально сдержанной, без излишней экспрессивности.

Предложения, содержащиеся в просветительском высказывании, не должны противоречить друг другу, они должны быть правильными с точки зрения формальной логики (соответствовать ее законам – тождества, непротиворечия, достаточного основания [144]). Так, употребляемые врачом термины не должны быть многозначными (закон тождества); невозможно позиционировать как истинное два противоречивых друг другу высказывания в рамках одного текста (закон непротиворечия); каждое высказывание, адресованное пациенту должно иметь надлежащее основание - в данном случае пациент доверяет профессиональному опыту специалиста (закон достаточного основания). В целом, важно помнить, что высказывания врача должны быть понятными и простыми; информация должна излагаться

логично, последовательно и четко. Для большей убедительности необходимо использование аргументации, примеров, сравнений.

В процессе реализации просветительской деятельности также важно учитывать особенности обучающегося – пациента. Информацию о пациенте (его возрасте, культурно-образовательном уровне, профессиональной принадлежности) врач может получить непосредственно от больного: либо в процессе беседы с ним, либо из истории болезни, куда необходимая информация была занесена ранее (в тех случаях, когда пациент уже не в первый раз на приеме у врача). Ряд сведений о психологических особенностях пациента может быть получен врачом от клинического психолога, работающего в учреждении (если того требует ситуация лечения). Игнорирование этих особенностей пациента может привести к возникновению коммуникативных неудач в ходе реализации врачом просветительской деятельности.

Ведение здоровьесообразного образа жизни предполагает специфическое видение человеком себя, своего здоровья и проблем, связанных с ним, а также наличие специфических представлений о принципах сохранения здоровья и причинах возникновения нездоровья. То есть соответствующие представления должны быть сформированы и наличествовать в сознании человека, обратившегося к врачу. Основным инструментом формирования этих представлений выступает речь врача, обращенная к пациенту.

Каким образом человек описывает некое явление реальности? Полно и развернуто? Либо сбивчиво и поверхностно? Что может сказать о состоянии собственного здоровья и возможностях его сохранения? Анализ высказываний пациента по вопросам сохранения здоровья может помочь врачу-педагогу понять, какие представления присутствуют в сознании человека, обратившегося к нему за помощью.

У врача и пациента (или человека, обратившегося к врачу) на момент их встречи, имеются определенные представления относительно состояния

здоровья последнего, необходимых мероприятий для его поддержания и т.д. Однако, как показывает практика, такие представления могут не всегда совпадать, что оказывает влияние на эффективность процесса взаимодействия врача и пациента. Нередки случаи, когда пациент приходит к доктору, имея хаотичные знания о принципах здоровьесоборного поведения, почерпнутые из различных источников (в том числе, псевдонаучные представления, различные «мифы» о здоровье и болезни). Учет этого факта важен при реализации просветительской деятельности, поскольку врачу предстоит изменить неправильные представления о регламентах здоровьесоборного поведения.

В системе дошкольной, школьной педагогики перед началом педагогической работы рекомендуется выявлять зону актуального развития обучающегося. Так и в просветительской деятельности важно понимать, какие знания о состоянии здоровья и здоровьесоборном поведении уже имеются у человека, обратившегося к врачу. Соответственно, возникает следующая задача: необходимо выявить, каким образом соотносятся представления врача и пациента о заболевании, лечении, принципах здоровьесоборного поведения.

Лингвокогнитивный аспект просветительской деятельности врача связан с попыткой выявить, как соотносятся друг с другом два сознания, две картины мира участников просветительского процесса. Согласно данным, полученным в ходе когнитивно-лингвистических исследований, существуют различия в языковой картине мира врача и пациента. Взаимодействие врача и больного представляет собой, по сути, коммуникацию специалиста и дилетанта, что и ведет за собой асимметрию в их взаимодействии [56]. Врач и пациент имеют соответственно профессиональное языковое сознание и обыденное языковое сознание [51].

Языковое сознание – «важнейший компонент речевой организации человека» [85, с. 111]. Языковое сознание специалиста (профессиональное языковое сознание) подразумевает «особое видение мира ..., формируемое и

овнешняемое с помощью профессионально маркированных языковых средств» [12, с. 56]. Оно содержит такие образы сознания, которые позволяют отразить профессиональную культуру, которой принадлежит специалист, а также, специфическую предметную область «с профессионально ориентированными языковыми средствами» [12, с. 56]. Анализ сущности работы врача позволяет говорить о научной, профессиональной картине мира специалиста [51]. В силу взаимодействия в медицинской сфере специалистов (врачей) и неспециалистов (пациентов, представителей их ближайшего семейно-родственного окружения), эта отрасль наиболее активно нуждается в установлении контакта между картинами мира ее субъектов [1].

Е.В. Федурко следующим образом описывает ситуацию взаимодействия врача и пациента. В процессе общения этих двух субъектов у каждого из них создаются определенные ментальные пространства, и происходит активизация таких областей опыта, которые связаны со здоровьем и заболеваниями. При этом данные ментальные пространства оказывают влияние друг на друга, в результате чего должно возникнуть общее пространство, в котором каждый из участников мог бы воспринимать другого. В нем происходит «частичное переструктурирование» [226, с. 186] ментальных пространств как специалиста, так и больного. При этом специалист «переводит» получаемые на обыденном, естественном языке речевые послания от больного в сферу собственных представлений, связанных с профессиональным языком, а затем должен сформулировать речевое послание, которое было бы доступно для понимания пациента [226].

Соответственно, для того чтобы встреча врача и человека, обратившегося за помощью, прошла успешно, необходимо иметь представления о том, что происходит в каждом из индивидуальных сознаний этих субъектов взаимодействия, а также, что происходит при их встрече. При решении прикладных просветительских задач врача интересует, какие знания о здоровьесообразном поведении на том или ином этапе обучения имеются у

человека, обратившегося за помощью. Узнать о представлениях пациента можно при помощи ряда методов педагогического исследования таких, как беседа, опрос (устный или письменный), анкетирование. Эти методы также могут быть использованы для исследования личностных особенностей пациента (пола, возраста, профессиональной принадлежности, культурно-образовательного уровня и т.д.), которые могут накладывать отпечаток на реализацию просветительского взаимодействия.

Вопросы изучения и систематизации методов педагогического исследования, их организации и проведения, на сегодняшний день нашли свое отражение в многочисленных трудах отечественных ученых (Л.В. Байбородова, В.И. Загвязинский, П.И. Пидкасистый, И.П. Подласый, В.И. Сластенин, А.П. Чернявская и др.). Рассмотрим сущность и специфику тех методов педагогического исследования, которые могут быть использованы в процессе просветительской деятельности, направленной на формирование у пациентов необходимых знаний, способствующих здоровьесообразному поведению.

Беседа – один из наиболее часто используемых методов исследования в педагогике. Она может быть определена как метод получения вербальной информации о некоем интересующем исследователя феномене от одного или нескольких людей в рамках группы (В. И. Загвязинский) [68]. Поиск информации при помощи этого метода осуществляется на основе диалога, происходящего между исследователем и испытуемым (П.И. Пидкасистый) [156]. Этот метод позволяет изучать систему взглядов и представлений людей, их отношений, чувств по отношению к какому-либо вопросу. В целом, при помощи метода беседы можно исследовать внутренний мир собеседника, однако, для этого необходимо обучаться умению правильным образом ее конструировать и направлять (И.П. Подласый) [169].

Беседа признается достаточно эффективным методом, позволяющим получить обширный исследовательский материал, к ее позитивным сторонам также относят гибкость и оперативную возможность корректирования

процесса исследования [14]. В то же время возможно и возникновение ряда сложностей, связанных с проведением беседы: возможность субъективной трактовки исследователем ее результатов [14], риски, связанные с оказанием влияния на мнение собеседника или возможностью подыгрывания собеседника исследователю (Л.В. Байбородова, А.П. Чернявская, В.И. Загвязинский) [14, 68]. Повышению надежности беседы, как исследовательского метода, способствует учет ряда правил: предварительное продумывание плана беседы, принимая во внимание, в том числе, особенности партнера; обсуждение интересующей исследователя проблематики с различных сторон; формулирование вопросов в том ключе, который будет наиболее понятен собеседнику; умение реагировать в различных ситуациях, возникающих в процессе проведения беседы [169].

Педагогическую беседу в отличие от интервьюирования или анкетирования отличает определенная доля спонтанности: при обязательном освещении всего комплекса существенных тем, она предполагает также возникновение незапланированных вопросов. Поскольку педагогическая беседа имеет достаточно неопределенную структуру и непредсказуемые результаты [67], к специалисту, ее проводящему, выдвигается ряд требований, связанных с его мастерством и коммуникативными навыками [14, 67, 169].

Исследователи (Л.В. Байбородова, А.П. Чернявская, В.И. Загвязинский, А.В. Пичугин) выделяют следующие виды беседы: формализованная и неформализованная [167], их также принято называть стандартизированной и нестандартизованной беседой [14, 68]. Первый вид беседы предполагает наличие четко очерченного круга вопросов, предлагаемых в стандартизированной форме, а также регистрацию ответов. Безусловно, такой вид беседы более прост с точки зрения систематизации и анализа полученных результатов. Неформализованная беседа более свободна по структуре, она допускает наличие дополнительных вопросов, которые могут возникнуть в процессе разговора. При этом такая беседа все равно

осуществляется по определенной программе. Результаты неформализованной беседы, как правило, не протоколируются, что делает более трудоемким анализ ее результатов. При этом такой вид беседы позволяет установить более тесную взаимосвязь между ее участниками и способствует большей открытости при ответе на вопросы [68, 167].

В ходе исследования возможно также применение такого вида беседы, как полустандартизованная. Этот вид беседы, включает в себя особенности двух описанных ранее вариантов. В рамках такой беседы часть вопросов задается в свободной форме, часть – реализуется с учетом строгого плана [14]. Проведение беседы подразумевает прохождение ряда этапов, каждый из которых позволяет решить конкретные задачи: этап подготовки, этап установления контакта с собеседником, этап, связанный с ориентировкой в ситуации и учетом особенностей собеседника, этап, собственно, обсуждения интересующих вопросов, этап принятия решения и этап, завершающий беседу [14, 68, 156].

Исследователи (Л.В. Байбородова, В.И. Загвязинский, А.П. Чернявская), предлагают следующие рекомендации, позволяющие проводить беседу наиболее эффективным образом. Одна из основных рекомендаций связана с должным уровнем подготовки к беседе, глубоким изучением проблематики, выносимой на обсуждение, созданием примерного плана беседы и комплекса вопросов, которые предполагается задать. Рекомендуются осуществлять постепенный переход от тематики, которая интересна собеседнику и вызывает у него позитивную эмоциональную реакцию, к тематике, непосредственно интересующей исследователя. Важно не начинать беседу с вопросов, которые могут вызвать у человека негативную эмоциональную реакцию [14, 68]. Усложнение вопросов должно происходить по мере продолжения беседы. В целом, ключевой принцип эффективности проводимой педагогической беседы – повышение заинтересованности во взаимодействии со стороны собеседника [14].



При проведении беседы необходимо поддержание доброжелательного эмоционального фона, открытости, создание соответствующей атмосферы [68], чувства защищенности. Важно также быстрое и мобильное реагирование на изменения в ходе беседы в зависимости от ответов собеседника [68]. Безусловно, всем лицам, принимающим участие в беседе, должна быть гарантирована полная конфиденциальность полученной в исследовательских целях информации [14].

В процессе реализации просветительской деятельности беседа может применяться как метод, позволяющий оценить систему представлений пациента о состоянии его здоровья, характер знаний о причинах, вызывающих заболевания, уровень таких знаний, мотивацию ведения здоровьесоборазного образа жизни. Применение врачом метода беседы представляется особенно целесообразным, поскольку данный метод позволяет выявить у человека, обратившегося к врачу, систему неправильных, неверных представлений о своем здоровье и заболевании (псевдонаучной информации, «мифов» о заболевании и т.д.). Беседа за счет включения соответствующих вопросов, также позволяет оценить прогнозируемое поведение пациента (поведение в будущем). Важным условием, накладывающим отпечаток на ведение просветительской беседы, является учет временного регламента приема больного: в силу объективных причин она должна занимать небольшой отрезок времени.

Грань между методом беседы (особенно формализованной) и методом опроса достаточно тонка: опрос так же, как и беседа предполагает ответы собеседника на ряд вопросов [68]. Опрос, в отличие от беседы, может проводиться не только в устной (в виде интервьюирования), но и в письменной (в виде анкетирования) форме [68, 80]. К устным разновидностям опроса относятся: интервьюирование, экспресс-опрос, опрос экспертов. Письменные разновидности опроса включают: анкетирование, тестирование, а также, опрос экспертов и социометрию [80]. К преимуществам использования метода опроса относят: достаточную

легкость, оперативность в получении и обработке получаемой исследовательской информации, ее полноту. В качестве недостатков такого метода рассматривают возможность искажения информации, которая может произойти вследствие некорректной разработки инструментария исследования или определения выборки; субъективность при анализе и интерпретации полученных данных [80].

Анализ методов педагогического исследования позволил выявить, что метод анкетирования также может успешно применяться в процессе реализации педагогической работы с пациентами. Анкетирование – метод исследования, применяемый в различных науках: педагогике, психологии, социологии и т.д. Он предполагает получение информации о мнении участников анкетирования по интересующим исследователя вопросам с использованием специальным образом составленного документа, который называется анкета. Анкета, как правило, содержит комплекс ответов и высказываний с вариантами ответов [80]. Анкета включает в себя такие части, как вводная, основная и социально-демографическая части. Первая направлена на установление контакта с респондентом, объяснение ему цели исследования и его значимости, инструктаж по вопросам заполнения анкеты и т.д. Вторая часть – основная: она содержит комплекс вопросов, на которые должен ответить испытуемый. В социально-демографической части представлены соответствующие сведения о респонденте [80]. Такие данные важны при оценке и интерпретации полученных данных. Анкетирование позволяет охватить достаточно большое количество людей, однако, отсутствие живого контакта между опрашиваемым и исследователем может привести к недостаточной откровенности в ответах [68].

Вопросы, представленные в анкете (или опроснике), могут классифицироваться по различным основаниям. По наличию вариантов ответов анкеты могут быть открытого и закрытого типа: в первом случае респонденту дается возможность самому сформировать ответ, во втором – выбрать из нескольких предложенных вариантов наиболее подходящий. В

исследовании могут использоваться и анкеты полужакрытого типа – они предполагают как наличие нескольких альтернатив в выборе ответа, так и возможность самостоятельно сформулировать ответ (если ни один из предложенных вариантов не подходит для респондента) [68]. Анкеты могут быть как анонимными, так и не предполагать анонимность респондента [169].

По содержанию выделяют прямые (непосредственно касающиеся объекта исследования) и косвенные вопросы (затрагивающие объект исследования в скрытой форме). С точки зрения временной оценки некоего исследуемого явления можно выделить такие виды анкеты, как текущие, ретроспективные и прогностические, которые связаны с получением информации о настоящем, прошлом и будущем, соответственно [80].

Метод анкетирования может применяться врачом для получения сведений об интересующих врача аспектах ведения здоровьесообразного поведения в письменной форме. Опросники, специально разработанные анкеты, могут применяться врачом для определения уровня знаний, имеющихся у пациента перед началом или по окончании просветительской работы. Важно, чтобы вопросы в анкете были логически связаны друг с другом, располагали к откровенному ответу, при этом не подталкивали человека к совершению определенного выбора [68].

Проведенный анализ лингвокогнитивных, лингвокоммуникативных и лингвопрагматических аспектов просветительской деятельности врача позволяет сказать, что лингвокоммуникативные аспекты просветительской деятельности врача, которые должны быть приняты во внимание, заключаются в следующем:

- 1) Любая интеракция врача и пациента, в том числе, просветительская, – общение, взаимодействие коммуникантов в определенной коммуникативной ситуации. Соответственно, с целью повышения эффективности их общения, должны быть учтены особенности самой ситуации и участников взаимодействия. Среди факторов, вызывающих

коммуникативные неудачи в процессе реализации врачом просветительской миссии, могут рассматриваться следующие: 1) культурные (врач не учитывает того, что он и пациент – носители разных культурных представлений); 2) языковые (врач использует в речи слова, которые непонятны пациенту; 3) психосоциальные (врач не принимает в расчет то, что его биомедицинская трактовка происходящего с пациентом может не совпадать с трактовкой пациентом причин, вызвавших у него психофизическое неблагополучие).

2) Лингвокогнитивные аспекты педагогической просветительской деятельности связаны со спецификой формирования знаний о регламенте ведения здоровьесобразного образа жизни в процессе речевого общения, а также оценкой этих знаний. Взаимодействие врача и пациента может быть рассмотрено как взаимодействие специалиста и дилетанта; пациент в отличие от врача не имеет необходимой системы представлений и знаний, позволяющих вести здоровьесобразный образ жизни. Данный аспект просветительской деятельности также связан с возможностями изучения системы представлений пациента о здоровьесобразном поведении, в частности, при помощи таких методов педагогического исследования как беседа и анкетирование.

3) Лингвопрагматический аспект просветительской деятельности связан с возможностью выполнения определенных действий при помощи слов. Реализуя просветительскую деятельность, врач может не только формировать у пациента необходимые для здоровьесобразного поведения знания, но и убеждать, внушать, предостерегать, советовать. Все это он может делать при помощи просветительских высказываний – речевых произведений просветительского характера, создаваемых и произносимых врачом в процессе беседы о здоровьесобразном образе жизни. Такие высказывания могут быть условно разделены на три вида: высказывания, описывающие действительность психосоматического состояния пациента и ситуации его лечения; высказывания, касающиеся разрешения или

запрещения пациенту тех или иных форматов поведения; высказывания, связанные с оказанием возможного влияния на пациента. Процесс разработки алгоритма создания таких высказываний (просветительских речевых посланий) будет подробно рассмотрен во второй главе.

## Выводы по главе I

Теоретическое исследование вопросов, посвященных сущности и функциональному предназначению просветительской деятельности, реализуемой врачом, а также вопросов речевого поведения специалиста при осуществлении такой деятельности, позволило выявить следующие базовые положения:

1) Просветительская деятельность связана с развитием человека в плане его «общежизненной компетентности» и ориентирована на отражение смысложизненных аспектов его бытия: каждый человек должен иметь достаточно широкие представления о себе, своей роли в мире, особенностях своей психической и телесной природы. Без них ему, как без определенных ориентиров, тяжелее выстраивать свою жизнь в сложном многообразном мире. Просветительская деятельность может быть определена как компонент образовательной деятельности, связанный с формированием мировоззрения, направленный на развитие у человека осознанности собственного бытия в его различных проявлениях и отношениях к разнообразным явлениям жизни, в том числе, феноменам психического и физического мира, а также формированием ответственности за различные сферы своей жизни: социальную, культурную, духовную, физическую, в том числе, связанную со здоровьем и телесностью.

2) Просветительские мероприятия должны проводиться для различных категорий людей и быть направлены на решение конкретных потребностей того или иного человека. Представления о необходимости просветительской работы, посвященной вопросам сохранения здоровья, всегда были свойственны научной педагогической мысли. Однако, в контексте тех изменений, которые происходят в современном обществе с его тенденцией к медиализации, вопрос разработки и реализации просветительской деятельности, посвященной данному вопросу, должен выйти на новый

уровень. Это обусловлено необходимостью взаимодействия с современным человеком, который обладает рядом специфических особенностей и потребностей. Анализ научных исследований, посвященных вопросам интеграции педагогики и медицины, позволил выявить, что в настоящий момент просветительская деятельность врача признается одним из наиболее актуальных и значимых направлений работы с населением.

3) Просветительская деятельность, реализуемая врачом, ориентирована на развитие у человека осознанности собственного бытия, формирование ответственности за различные сферы своей жизни, связанные со здоровьем и телесностью. Она включает обучение различных групп населения (пациентов, их ближайшего окружения, представителей групп риска по здоровью, здоровых людей), ориентированное на формирование представлений по вопросам охраны здоровья, представлений о различных аспектах предотвращения заболеваний. Просветительская деятельность также нацелена на формирование у человека необходимых для сохранения здоровья умений и навыков, развитие мотивации здоровьесообразного поведения.

В качестве основных задач просветительской деятельности, реализуемой врачом, можно рассматривать: формирование ценности здоровья и его сохранения; содействие формированию знаний и умений, навыков, необходимых для поддержания здоровьесообразного образа жизни, или нового стиля жизни в условиях заболевания; обеспечение необходимых педагогических условий для формирования здорового образа жизни и самосохранительного поведения различных групп населения (здоровых людей, представителей группы риска по здоровью, людей, имеющих различные заболевания, а также их ближайшего окружения).

4) Основными направлениями просветительской деятельности врача выступают: повышение культуры здоровьесообразного образа жизни у здоровых людей и представителей группы риска по здоровью; повышение приверженности лечению и формирование особого стиля жизни в условиях

заболевания; проектирование, организация и ведение школы пациента (школы здоровья) для хронически больных пациентов; координация усилий с ближайшим (как правило, семейно-родственным) окружением пациента по поддержке в лечении и сопровождении пациента (в случае необходимости). К особенностям просветительской педагогической деятельности можно отнести наличие специфических форм и методов проведения занятий, обусловленных целями и задачами работы, а также контингентом слушателей, к которым она обращена.

5) Просветительская деятельность направлена на формирование у человека, обратившегося к врачу, здоровьесообразного поведения. Здоровьесообразное поведение – такой вид жизненной активности человека и системы его взаимоотношений с окружающим миром, который способствует наиболее гармоничному бытию в русле сохранения и поддержания своего здоровья на оптимальном, максимально высоком для каждого конкретного человека уровне. Приобщение человека здоровьесообразному образу жизни происходит благодаря педагогической просветительской деятельности, реализуемой врачом, посредством речевого воздействия. При этом язык выступает основным инструментом просветительского влияния врача.

б) Для эффективной реализации педагогической просветительской деятельности врач должен обладать таким профессионально значимым личностным качеством, как способность к биоэтическому мышлению и поведению. Это качество представляет собой интегративное личностное свойство специалиста, обуславливающее понимание нравственных аспектов взаимодействия в сфере, связанной с биомедициной и обеспечивающее успешное поведение врача в соответствие с биоэтическими принципами и императивами. Это многокомпонентное качество, которое должно базироваться на комплексе представлений, ценностных установок, системе мотивации врача. Оно предполагает наличие у специалиста определенной позиции по отношению к биоэтическому измерению в профессии, которая должна быть распространена на все уровни профессиональной деятельности



врача, на все ее содержимое. Будучи сложным и многоукладным качеством, способность к биоэтическому мышлению и поведению должна проявляться во всех аспектах деятельности специалиста, находя отражение, как в миссии, так и во всех профессиональных функциях современного врача, в том числе, в просветительской функции.

Данное качество регулирует систему взаимоотношений врача с обучающимися – пациентами. Оно также обеспечивает возможность формирования у пациента ценностного отношения к собственному здоровью и ответственности за эту сферу жизни: врач должен быть готов проводить с обратившимися к нему людьми беседы, посвященные данной тематике. В рамках таких бесед должны подниматься вопросы смысла ведения здоровьесоборазного поведения. Зачастую в них невозможно обойти тематику смысла жизни в целом.

Анализ современных тенденций, связанных с реализацией просветительской деятельности в области здравоохранения, позволил выявить проблему, связанную с доступностью просветительской информации. Эта проблема сопряжена не только с открытостью информации, но и со способами ее донесения: каждый человек имеет право получить интересующие его сведения о возможностях сохранения здоровья на том языке, который ему знаком. Должны также учитываться культурно-образовательные и другие личностные особенности человека, обратившегося к врачу. Соответственно, возникает задача поиска таких путей реализации просветительской деятельности врача, которые позволили бы максимально доступно и эффективно доносить до людей необходимую им информацию.

7) Основным инструментом педагогической просветительской деятельности является язык. Использование данного инструмента – ключевой фактор реализации педагогической просветительской деятельности врача, без него становится просто невозможным оказание влияния на тех, к кому обращена просветительская деятельность медика – пациентов, их ближайшего окружения, людей, обратившихся по какой-либо причине за

помощью к врачу. Наиболее активно в данном случае реализуется прагматическая функция языка – благодаря нему, в частности за счет речевого влияния со стороны врача, осуществляется обучение людей по вопросам сохранения их здоровья и ведения здоровьесообразного образа жизни.

8) Своеобразие речевого воздействия врача на пациента в процессе реализации просветительской деятельности заключается в следующем: частично искусственный характер профессионального медицинского языка, наличие лексической и статусно-ролевой асимметрии при взаимодействии врача и пациента, необходимость учета фактора адресата (личностных, социально-психологических и других особенностей обучающегося – пациента), наличие организационных ограничений, связанных с регламентом лечебного учреждения, биоэтическая и этико-деонтологическая направленность речевого воздействия врача в процессе реализации педагогической просветительской деятельности. Эти особенности должны быть приняты во внимание в процессе реализации педагогической просветительской деятельности, ориентированной на формирование здоровьесообразного поведения.

Лингвокоммуникативные аспекты просветительской деятельности врача, которые должны быть приняты во внимание при разработке просветительских программ, заключаются в следующем. Любая интеракция врача и пациента, в том числе, просветительская, суть – общение, взаимодействие коммуникантов в определенной коммуникативной ситуации. Соответственно, с целью повышения эффективности их общения, должны быть учтены особенности самой ситуации и участников взаимодействия. Среди факторов, вызывающих коммуникативные неудачи в процессе реализации врачом просветительской миссии, могут рассматриваться следующие: 1) культурные (врач не учитывает того, что он и пациент – носители разных культурных представлений); 2) языковые (врач использует в речи слова, которые непонятны пациенту); 3) психосоциальные (врач не

принимает в расчет то, что его биомедицинская трактовка происходящего с пациентом может не совпадать с трактовкой пациентом причин, вызвавших у него психофизическое неблагополучие).

Лингвокогнитивные аспекты педагогической просветительской деятельности связаны со спецификой формирования у пациентов знаний о регламентах ведения здоровьесоборного образа жизни в процессе речевого общения. Взаимодействие врача и пациента, по существу – взаимодействие специалиста и дилетанта. Данный аспект просветительской деятельности также связан с возможностями изучения системы представлений о здоровьесоборном поведении, в частности, при помощи таких методов педагогического исследования как беседа и анкетирование.

Лингвопрагматический аспект просветительской деятельности связан с возможностью выполнения при помощи просветительских высказываний определенных действий (например, убеждения, внушения), которые направлены на изменение поведения обучающихся. В соответствии с просветительскими намерениями врача, в процессе реализации просветительской деятельности, могут применяться следующие виды высказываний. Это могут быть высказывания, направленные на формирование у пациента представлений о заболевании и ведении здоровьесоборного образа жизни, либо представлений об их актуальном психосоматическом состоянии; высказывания, связанные с разрешением или запрещением пациенту специфического формата поведения; высказывания, направленные на оказание влияния на пациента, развитие у него мотивации к исполнению всех предписаний врача.

Речевое воздействие врача на пациента в процессе реализации специалистом просветительской миссии отражает основные цели просветительского влияния, заключающегося в формировании адекватных интеллектуальных представлений о ведении здоровьесоборного образа жизни и навыков здоровьесоборного поведения. Повышение эффективности речевого воздействия врача на пациента в процессе

реализации просветительской деятельности связано с поиском релевантного теоретического базиса для создания просветительских речевых посланий.

## **ГЛАВА II. ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА КАК ПРОЦЕСС ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО ПРИОБЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВЬЕСООБРАЗНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **2.1. Содержание и композиция просветительских речевых посланий, адресованных пациенту и ориентированных на формирование у него релевантных представлений о здоровьесообразном поведении**

Просветительская деятельность врача, направленная на приобщение пациента к здоровьесообразному образу жизни, – одно из ключевых направлений работы специалиста. Ее суть заключается в изменении интеллектуальной сферы обучающегося (пациента) и его поведенческой сферы (поведения пациента в области сохранения здоровья). Реализовывать просветительскую деятельность врач может только при помощи языка, посредством адресации пациентам (или людям, обратившимся к врачу) определенных просветительских речевых посланий, которые должны специфически на них воздействовать. Важно, чтобы это влияние было предсказуемым и было реализовано во благо пациентов (людей, которым оно адресовано). Профессиональная речь специалиста является инструментом его профессионального влияния, а каждый инструмент врача должен быть соответствующим образом подготовлен и использоваться с соблюдением ряда правил. Специалист должен, в том числе, иметь представления о возможностях и рисках применения данного инструмента, понимать всю меру ответственности за возможные последствия его неправильного использования.

В процессе реализации просветительской деятельности, врач адресует пациенту некий массив связанных между собой и подчиненных общей цели просветительских речевых посланий, который мы предлагаем называть

просветительским текстом. Текст – исходно лингвистическое понятие, позднее приобретшее специфическое значение в литературоведении, культурологии, философии. Попытки дать определение тексту связаны с существованием различных точек зрения (собственно языковедческой и семиотической) (А.Ю. Маслова, М.А. Лукацкий) [132, 126]. При этом и в лингвистике текста не существует единого мнения относительно данного феномена (Ю.В. Поветкина) [168].

В наиболее общем понимании в качестве текста можно рассматривать «объединенную смыслом последовательность знаковых единиц, основными свойствами которой являются связность, целостность, завершенность» [132, с. 25]. В рамках лингвистики наиболее распространены следующие трактовки текста: как «единицы высшего уровня языковой системы» [132, с. 26] (узколингвистическое понимание); как результата речевой деятельности; как единицы общения, отличающейся некоторой смысловой целостностью (А.Ю. Маслова) [132]. Существуют и различные точки зрения относительно способов оформления текста. Например, согласно И.Р. Гальперину, текстом может быть назван оформленный письменно результат речетворческого процесса, включающий комплекс высказываний, имеющих логическую, грамматическую и лексическую связь, специфическую цель и прагматическую установку [47]. При этом текст может пониматься и шире и включать в себя, в том числе, образцы устной речи [131, 223]. Так, согласно А.М. Пятигорскому, текст представляет собой некое целенаправленное, пространственно зафиксированное сообщение, при этом способ фиксации может быть как оптическим, так и акустическим (важно, чтобы получатель имел возможность дешифровать текст) [183]. В целом, проблематика изучения текста связана с попыткой решения широкого спектра проблем, определения статуса текста, выработки единого подхода к изучению данного феномена.

Семиология предполагает возможность достаточно широкой трактовки рассматриваемого понятия: в качестве текста может пониматься любой

продукт целенаправленной человеческой деятельности (Г.И. Богин) [26], любая намеренно созданная система знаков, являющаяся носителем определенного смысла (Е.А. Жигарева, Е.А. Елина) [62, 64]. Э. Бенвенистом были выделены следующие признаки текста как семиотической (семиологической) системы:

- 1) Операторный способ (при помощи которого текст воздействует на систему, его воспринимающую) означает, что текст может быть воспринят посредством зрительного, аудиального, кинестетического канала восприятия.
- 2) Сфера действия означает ту область, в которой существует текст. Например, это может быть лингвистика, педагогика, музыка, кинематограф и т.д.
- 3) Природа текста и число знаков означают материальные характеристики символов, используемых в тексте.
- 4) Тип функционирования текста определяется его особенностями. В зависимости от того, каким является текст, это могут быть протяженность текста в пространстве или времени, то есть линейность (для вербальных текстов); изобразительность, непрерывность, пространственность (для изобразительных текстов) [21]. В свете нашего исследования остановимся на семиологическом (семиотическом) понимании этого термина как продукта целенаправленной просветительской деятельности врача.

Просветительский педагогический текст, адресованный пациенту, представляет собой продукт речевой деятельности врача в ситуации объяснения пациенту регламентов ведения здоровьесообразного образа жизни. Такой текст является вербальным. Поскольку педагогическая просветительская деятельность предполагает взаимодействие врача и пациента в процессе общения на приеме, он, как правило, устный. В случае графического (то есть письменного) оформления, этот текст целесообразно представлять обучающимся пациентам в письменном виде (например, в качестве обучающей брошюры).

Под просветительским текстом мы предлагаем понимать устное (или письменное) речевое произведение, созданное врачом и адресованное человеку, обратившемуся за медицинской помощью, ориентированное на формирование у пациента представлений о смысле ведения здоровьесообразного образа жизни, прогнозах лечения, принципах и правилах поведения в условиях заболевания, состоящее из ряда специфических просветительских речевых посланий, логически между собой связанных, подчиненных единой цели и обладающих определенной стилистической окраской, обусловленной особенностями адресата, адресанта, а также ситуации их взаимодействия.

Содержание и композиция просветительского текста определены на основании проведенного в первой главе диссертации анализа исследований, посвященных просветительской деятельности врача. Просветительский текст должен быть структурно представлен следующим образом:

- биоэтическая составляющая;
- биомедицинская составляющая;
- прогностическая составляющая.

Биоэтическая составляющая связана с трансляцией пациенту информации о том, что собой представляют смысложизненные ориентации человека, ведущего образ жизни, сообразный состоянию его здоровья. В ходе обсуждения с пациентом регламентов здоровьесообразного поведения врач, по существу, убеждает больного в том, что ему необходимо вести здоровьесообразный образ жизни. Для этого врач использует рационально оформленные речевые средства. Этот компонент текста позволяет затронуть проблематику смысла жизни и сохранения здоровья, осветить этические аспекты здоровьесообразного поведения. В данном содержательном блоке могут быть подняты вопросы ответственности личности перед собой и перед значимыми людьми (как ответственности в целом, так и ответственности в области здоровья).



Освещение смысложизненных аспектов здоровьесообразного поведения пациента во многом связано с повышением его мотивации к ведению соответствующего образа жизни. Без упоминания этой составляющей содержания просветительского текста невозможно двигаться дальше в ходе просветительской деятельности. По сути, просветительская биоэтическая составляющая – тот фундамент, на котором основывается просветительская деятельность врача.

Следует отметить, что эта часть просветительской беседы - наиболее сложная с точки зрения воплощения. Каким образом врач может повлиять на пациента, чтобы тот осознал всю значимость здоровьесообразного поведения и, в более широком ключе, смысл и ценность своей жизни? Очевидно, что врач сам должен быть достаточным образом философски и этически подготовлен, чтобы быть способным вести подобный разговор. Представляется важной апелляция к жизни как высшей ценности, к значимости жизни человека для его близких и тех, за кого он в ответе (например, детей или близких пациента, о которых он заботится). Реализовывать этот компонент содержания просветительского текста врачу помогает такое профессионально значимое личностное качество, как способность к биоэтическому мышлению и поведению.

Представления о том, что именно необходимо делать, чтобы сохранять свое здоровье на оптимально возможном уровне, формируются благодаря второму содержательному компоненту текста – биомедицинскому.

В биомедицинскую составляющую просветительского текста входят те биомедицинские императивы, те непреложные требования, которые и позволяют человеку сохранять свою жизнь и здоровье. Этот содержательный компонент включает информацию о диете, распорядке приема лекарств, двигательном режиме, обследованиях и необходимых медицинских вмешательствах. Эти данные базируются на результатах научных исследований и клинической практике. Каждая специфическая отрасль медицины (например, кардиология, эндокринология, стоматология) на

сегодняшний день имеет достаточно богатый опыт сохранения здоровья пациентов посредством приобщения к правильному образу жизни. Врачи являются специалистами, которые могут передать соответствующие знания пациенту.

Третья составляющая содержания просветительского текста – прогностическая. Она связана с озвучиванием перспектив пациента, которые его ждут в случае здоровьесообразного поведения. Очевидно, что грядущие изменения в привычном образе жизни, страх неизвестности, связанный с отсутствием информации по поводу заболевания и его последствий, могут вызывать у больного тревогу [275, 309]. Человек, столкнувшийся с проблемами со здоровьем, может не осознавать перспектив, связанных с лечением, либо может иметь некие ошибочные представления о принципах сохранения своего здоровья. Именно поэтому в рамках просветительской работы необходимо рассказать пациенту, как его жизнь будет в целом выглядеть в будущем (например, с какими ограничениями ему предстоит столкнуться, какие темпы выздоровления возможны при правильном поведении). По сути, в данном случае врач дает установку на соблюдение предписаний врача и выполнение врачебных рекомендаций, показывая, что ведение здоровьесообразного образа жизни имеет позитивные перспективы. Таким образом, врач, проводящий просветительскую беседу, укореняет человека не только в сегодняшнем дне (говоря, что и как делать в плане сохранения здоровья), но и в дне завтрашнем (рассказывая, зачем необходимо вести здоровьесообразный образ жизни и какие перспективы ждут человека в случае его соблюдения). Этот содержательный компонент также выполняет мотивационную роль, демонстрируя, что здоровьесообразное поведение имеет серьезные позитивные следствия.

Таким образом, содержательно просветительский текст включает три компонента: биоэтический, биомедицинский, прогностический. Необходимо определить, каким образом указанные компоненты связаны между собой композиционно, как они соотносятся в тексте.

Композиция, согласно Толковому словарю Ожегова – это «соотношение и взаимное расположение частей» [149, с. 283]. Композиция высказывания представляет собой его внутреннюю структуру [141, с. 84]. Композиция текста – способ его построения и взаимосвязи его частей, определенная упорядоченность, порядок следования компонентов текста [216]. В данном исследовании под композицией просветительского текста мы понимаем способ соотношения его компонентов, его структуру.

Рассмотренные содержательные компоненты соотносятся следующим образом. Наиболее целесообразным видится поэтапный переход от первого содержательного компонента ко второму и далее – к третьему. При таком их расположении смысл текста и просветительские намерения врача наиболее логично и последовательно будут донесены до обучающегося (пациента).

Необходимость учета в процессе создания просветительского текста лингвокоммуникативных аспектов просветительской деятельности врача, о которых говорилось в первой главе диссертации, находит свое выражение следующим образом. При создании текста должны быть приняты во внимание особенности автора и получателя текста, то есть врача и пациента. Это позволит более точно установить контакт между адресатом и адресантом просветительского текста, сделать его релевантным каждому из участников просветительского взаимодействия.

Каждый специалист – уникальная личность, и как профессионал формировался долгие годы. В связи с этим при разработке комплекса просветительских посланий необходимо учитывать, что на просветительский текст накладывают отпечаток особенности адресанта – врача. На становление врача и стиля его профессионального труда оказывает воздействие множество факторов, например, личностные особенности доктора. Значительное влияние оказывает и та модель взаимодействия, тот стиль работы с пациентом, который медик приобрел в процессе своего профессионального становления. Не секретом является тот факт, что врач, как специалист, во многом формируется благодаря старшим коллегам,

наставникам, с которыми он работает в клинике, начиная с момента вхождения в профессию (интернатуры или клинической ординатуры). Врач, воспитывающийся в определенной профессиональной среде, так или иначе, перенимает специфический стиль, свойственный этой среде.

Определенное влияние оказывает и специализация, которую выбрал доктор: существуют сложившиеся паттерны поведения в каждой медицинской специальности. Например, если сравнить стили профессионального поведения терапевта в поликлинике и анестезиолога-реаниматолога в отделении интенсивной терапии, можно увидеть принципиальные отличия как в сути работы, так и в стиле взаимодействия с пациентом. В первом случае взаимодействие, как правило, носит более пациент-центрированный и диалогичный характер, врач может быть знаком с больным и наблюдать его длительное время. Во втором случае врач зачастую встречается с пациентом, когда последний не находится в сознании, и диалог между ними просто невозможен. Соответственно, происходит упор на восприятие больного не как личности, а как «физиологического механизма», который необходимо поддерживать в состоянии равновесия во время операции.

Указанные факторы влияют на выбор стиля взаимодействия с пациентом в рамках той модели врачевания, которой придерживается специалист. Наиболее известная классификация моделей взаимодействия врача и пациента предложена американским исследователем Робертом Витчем. Она включает в себя 4 модели: инженерную (техническую), патерналистскую (пасторскую), коллегиальную и договорную (контрактную) [128, 246]. Реализация этих моделей носит устойчивый характер, поэтому характеристики модели врачевания как стиля выполнения профессиональной деятельности не могут не отразиться на специфике речевых посланий.

Инженерная (техническая) модель предполагает отношение к больному как к некоему безличному механизму, а суть работы врача в рамках данной модели сводится к «устранению неполадок» в человеческом теле. Именно

благополучное функционирование всех систем организма признается благом для пациента. Врач, как специалист, обладающий специальной подготовкой и знаниями, определяет траекторию лечения для того, чтобы обеспечить функционирование организма больного на должном уровне. При этом врач выполняет свои профессиональные функции на основе объективных научных данных, не ориентируясь на собственные интересы. Использование данной модели характеризуется деперсонализацией, что во многом противоречит современным подходам, ориентирующимся на признание каждого пациента личностью. При этом существует ряд врачебных специальностей, не предполагающих межличностного контакта врача и пациента, где такая модель вполне оправдана (например, уже описанная выше ситуация, когда врач не имеет межличностного контакта с больным в отделении реанимации) [128, 246].

Патерналистская (пасторская модель) модель во многом схожа с отношениями по типу «родитель – ребенок», где первый действует по отношению ко второму покровительственно, на основе милосердия и любви к ближнему. Однако взаимодействие врача, придерживающегося этой модели, и пациента происходит не на равных: пациент воспринимается врачом как ребенок, которого необходимо «вести» в процессе лечения. По сути, взаимодействие участников лечебного процесса в рамках данной модели строится на основании подчинения пациента авторитету врача [128, 246].

Коллегиальная модель подразумевает паритетное взаимодействие врача и пациента, подчеркивающее общность ценностей партнеров по лечебному процессу. Врач и пациент как бы пребывают в «терапевтическом союзе против болезни». Больной в некотором роде уравнивается с врачом, а отношения можно охарактеризовать не как отношения по типу «сверху вниз», а как равноуровневые. При этом данная модель не отменяет признания того факта, что именно врач – специалист, обладающий полными, научными представлениями о заболевании и лечении. Своеобразное «выравнивание»

позиций в рамках данной модели состоит в том, что специалист прислушивается к мнению пациента, уважает его право на выбор и принятие решения, за больным признается право на получение всей информации о собственном состоянии. Терапевтический союз в этом случае состоит в кооперации общих усилий по достижению необходимого лечебного результата [128, 246].

Договорная модель предполагает не только специфические взаимоотношения врача и пациента, но и их определенное юридическое оформление (при помощи информированного согласия). Символическое значение контракта отражается в рамках этой модели в возможности каждого из участников взаимодействия иметь определенные права и определенные обязанности и извлекать из этого выгоду для себя. В отличие от предыдущей модели врач здесь представляется более сведущим, а пациент не позиционирует себя равноправным в плане знаний. Определенные властные полномочия передаются врачу самим пациентом, благодаря этому он имеет собственные выгоды и может расторгнуть «терапевтический контракт» в случае, если сочтет нужным [246].

Определение особенностей поведения врача, обусловленных моделью врачевания, которой придерживается специалист, в настоящее время возможно при помощи методики «Модели взаимодействия врача с больными по Р. Витчу». Этот опросник позволяет определить, какую модель врачебной деятельности (техническую, патерналистскую, коллегиальную или договорную) использует врач. Опросник состоит из 24 вопросов, которые отражают наиболее характерные представления врача о пациенте и процессе взаимодействия с ним. Респонденту предлагается согласиться или не согласиться (ранжированно) с некоторыми высказываниями [8, 242]. В целом, поскольку ведение здоровьесообразного образа жизни предполагает готовность к сотрудничеству со стороны пациента, использование коллегиальной модели взаимодействия представляется наиболее уместным при создании просветительского текста.

Информация о втором субъекте взаимодействия – пациенте (или человеке, обратившемся по какой-либо причине к врачу) также должна быть принята во внимание при разработке просветительских текстов. Каждый пациент – уникальная личность, имеющая свои личностные черты, тип мышления, способ выражения себя в жизни, свой уникальный жизненный опыт и жизненный путь (К.А. Абульханова-Славская) [3].

При разработке просветительских текстов прежде всего должны быть приняты во внимание возрастные характеристики пациентов, которым будет адресован текст. Пациент может быть ребенком, человеком юношеского, зрелого, пожилого, старческого возраста. Динамика усвоения материала, уровень сложности материала могут различаться в разных возрастных группах, что обусловлено психологическими и психофизиологическими закономерностями обучения (особенностями восприятия, понимания, внимания и памяти, мотивации обучающегося) (Ю.И. Александров, Б.Г. Ананьев, Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская, Н.В. Long) [6, 9, 111, 217, 283]. В случае работы с несовершеннолетним пациентом просветительская деятельность может быть адресована не только ребенку, но и представителю его семейно-родственного окружения (например, родителям). Аналогичное решение может быть принято в случае наличия у пациентов выраженных когнитивных нарушений (особенно у людей пожилого и старческого возраста).

Культурно-образовательные особенности пациента также должны быть приняты во внимание при разработке просветительских текстов. Необходимо учитывать уровень образования человека, его профессиональную принадлежность, специфику выполняемой им работы. Важно также принимать к сведению, живет ли такой человек в крупном городе, небольшом населенном пункте или деревне; проживает ли с семьей или отдельно.

При разработке просветительского текста учет особенностей пациентов должен также соотноситься с теми действиями, которые выполняет врач при

проведении беседы на просветительскую тему. Прежде всего, врач должен привлечь и зафиксировать внимание пациента (исходя из его личностных особенностей, сделать это можно тем или иным образом). Следующим шагом становится непосредственное озвучивание просветительского текста. При этом важно ориентироваться на некоторые личностные особенности больного (например, готов ли пациент принять ответственность за собственное состояние здоровья и поведение; имеет ли опыт конструктивного совладания с трудными жизненными ситуациями).

Для того чтобы врач мог зафиксировать внимание больного, он должен иметь представления об **уровне тревожности пациента**, поскольку этот фактор может оказывать влияние на восприятие получаемой человеком информации. На сегодняшний день существуют различные подходы к исследованию феноменов тревоги, тревожности, страха; происходят дискуссии, следует ли их различать, либо это тождественные явления. Появляются работы в сфере психологии, нейрофизиологии, психиатрии, посвященные интерпретации данных феноменов. В целом, в настоящее время тревогу принято дифференцировать со страхом по основанию причины: тревога в отличие от страха не имеет связи с неким конкретным стимулом [307]. Тревожность, в отличие от тревоги, наиболее часто рассматривается не столько как состояние, сколько как свойство личности, определяющее ее склонность испытывать тревогу [211] при достаточно низких порогах возникновения непосредственно реакции тревоги [182]. Одной из наиболее распространенных точек зрения на феномен тревожности стала точка зрения С.Д. Спилбергера, предлагающего рассматривать тревожность в двух измерениях: как устойчивое свойство личности, подразумевающее восприятие большого количества различных ситуаций как потенциально опасных (Спилбергер предложил называть его личностной тревожностью) и как состояния, связанного с эмоциональной реакцией беспокойства, испытываемого «здесь и теперь» (ситуативная тревожность) [301].



Важно понимать, что тревожность – неотъемлемое человеческое качество, любой живой человек обязательно обладает определенным уровнем тревожности: она помогает людям ориентироваться в сложном мире, отвечать на те стимулы, которые этот мир предъявляет [143]. В то же время важно понимать, насколько тот или иной уровень тревожности соответствует ситуации, в которой она проявляется; насколько человек, с тем или иным уровнем тревожности адаптивен в конкретных условиях [27]. Принято выделять умеренный, повышенный и пониженный уровни тревожности. Умеренный уровень тревожности подразумевает возможность адекватного реагирования на определенные стимулы; такой уровень тревожности не связан с возникновением возможных невротических реакций. Повышенный уровень тревожности личности выражается в том, что человек воспринимает значительное количество разнообразных ситуаций, как ситуаций, несущих угрозу его благополучию или жизнедеятельности. При пониженном уровне тревожности человек может иметь достаточно низкую мотивацию, слабо реагировать на внешние стимулы [302].

Важно принимать во внимание, что тревожность как личностное свойство помогает «обнаруживать» опасные сигналы и «избегать» опасности (то есть, связана с бдительностью) [264, 295]. Тревожность играет важную роль в том числе, в возникновении у человека представлений о заболевании [264]. Например, низкие уровни тревожности говорят о склонности человека к тому, чтобы отвлекаться от сигналов угрозы, связанных с заболеванием (при этом неясные сигналы обычно интерпретируются пациентом с низким уровнем тревожности как неопасные) [264]. Таким образом, пациент, имеющий низкий уровень тревожности, может не замечать «предупреждений» организма, которые говорят об ухудшении его состояния, не прислушиваться к симптомам, которые говорят об опасности для здоровья или не принимать всерьез предупреждения врача. Как отмечает Л.Д. Кэмерон (L.D. Cameron), уровни ситуативной и личностной тревожности могут играть адаптивную и дезадаптивную роли в различных ситуациях, связанных с

лечением, а оптимальное здоровьесообразное поведение соотносится с умеренными уровнями тревожности [264].

Вышеуказанная информация особенно важна в контексте формирования у пациента здоровьесообразного образа жизни. В тех случаях, когда уровень личностной тревожности пациента ниже нормы, возможно слишком легкомысленное отношение человека к проблемам, связанным со здоровьем или к сигналам, которые посылает организм. Несерьезное отношение возможно и к той информации, которую сообщает врач в рамках просветительской беседы. Пациент с низким уровнем тревожности может потерять бдительность и, в ряде случаев, ему не удастся избежать потенциальной угрозы здоровью. В просветительской деятельности это может найти следующее выражение: больной может не реагировать на слова врача, «пропускать» их или несерьезно относиться к предупреждениям о принципах и правилах здоровьесообразного поведения или регламентах лечения. Такому пациенту «достаточно комфортно» в тех условиях, в которых он пребывает, что может иметь печальные последствия для его здоровья.

Работа с пациентами, имеющими высокие уровни тревожности, прежде всего, связана с тактичным информированием больного о его состоянии, прогнозе. Такое информирование должно быть достаточно корректным, деликатным, для того чтобы не вызвать у пациента паники, в то же время полным и информативным. В исследованиях, посвященных, вопросам обучения пациентов было выявлено, что высокие уровни тревожности имеют корреляцию с отсутствием информации о состоянии здоровья и прогнозах его сохранения. В случае полного, тактичного, грамотного информирования пациента, уровень тревожности, как правило, снижается [275, 309]. При этом важно учитывать, что уровень тревожности также отказывает влияние на когнитивные процессы [263, 295]. Задача врача – построить процесс взаимодействия с больным таким образом, чтобы повышенный или пониженный уровень тревожности не помешал пациенту услышать

специалиста. Этого можно добиться при помощи приведения уровня ситуационной тревожности пациента к оптимальному (нормальному) уровню. Например, врач, зная, что перед ним тревожный пациент, склонный воспринимать информацию в гипертрофированном виде, должен, прежде всего, успокоить больного, то есть снизить ситуационную тревожность до оптимального уровня. В том случае, если больной склонен к низким уровням тревожности, необходимо его «простимулировать», акцентировать его внимание на важных моментах, дать понять, что просветительская работа, проводимая с ним в данный момент – значимый компонент поддержания его жизни и здоровья. Если пациент имеет заниженный уровень личностной тревожности, информация должна подаваться очень ярко, четко, императивно, так, чтобы у человека не возникло «шанса» ее проигнорировать. Необходимо повторение определенных «порций просветительских знаний» по несколько раз: они должны быть идентичны по смыслу, несколько различны по форме. При этом информация должна быть достаточно образной, чтобы воздействовать на пациента и мотивировать его на соблюдение правил здоровьесообразного поведения.

Важной при составлении просветительского текста также является такая характеристика как уровень нейротизма. Нейротизм – черта личности, выражающаяся в эмоциональной неустойчивости и лабильности, склонности к беспокойству. Для людей с высоким уровнем нейротизма характерны частые перепады настроения, беспокойство, впечатлительность. Такой человек чрезмерно эмоционален, слишком сильно реагирует на все виды стимулов, ему сложно оправиться от эмоционально затрагивающего опыта. Сильные эмоциональные реакции могут заставить его вести себя иногда иррациональным образом [267]. Поскольку для людей с высоким уровнем нейротизма характерна частая смена настроений, важно обращать внимание пациента на независимость выполнения предписаний врача от сиюминутного эмоционального состояния. Для этого можно использовать следующие конструкции: «*Невзирая ни на что...*», «*Как бы ни ...*» Например, пациенту

может быть адресовано следующее высказывание: *«Как бы Вам не было грустно, Вы должны взять себя в руки и прийти на обследование»*. В рассмотренном примере врач обращается к личности пациента при помощи местоимения «Вы», использует «пересказ его опыта» (разговор о страхе, грусти, вызванных заболеванием). Целью врача в данном случае становится минимизация влияния нейротизма на поведение больного и на процесс восприятия просветительского речевого послания.

**Уровень экстраверсии–интроверсии**, как и уровень нейротизма, является одной из характеристик темперамента и так же, как и уровень нейротизма, имеет биофизиологические предпосылки [76, 236]. Поскольку детальный анализ нейропсихологических и психофизиологических особенностей интровертов и экстравертов не входит в задачи нашего исследования, мы ограничимся рассмотрением прикладных вопросов влияния этой характеристики на познавательные процессы и поведение пациента. В целом, экстраверсия-интроверсия может быть определена как «характеристика типических различий между людьми, крайние полюсы которой соответствуют преимущественной направленности человека либо на мир внешних объектов (у экстравертов), либо на собственный субъективный мир (у интровертов)» [76, с. 134].

Г. Айзенком (H. Eysenk) отмечается, что интроверты фокусируют внимание на своем внутреннем мире, ориентация экстравертов – на восприятие мира вокруг. Типичный экстраверт любит быть в компании, общаться с другими людьми, не любит изучать что-либо в одиночку. Интроверту же свойственна, преимущественно, интроспекция, самостоятельное получение знаний из книг (или других источников). Экстраверты, как правило, более физически и вербально активны, интроверты же более независимы, сдержанны как вербально, так и физически [269, 252].

Данные о влиянии интроверсии-экстраверсии на когнитивные процессы и речевое поведение, полученные в когнитивной психологии,

психофизиологии, психолингвистике и когнитивной лингвистике говорят о следующем. Интроверты более восприимчивы к поступающей информации, более глубоко и тщательно ее анализируют, при этом на изменения они реагируют медленнее и менее интенсивно [303]. Интроверты предпочитают говорить на темы, важные для них, подробно и глубоко в них разбираться [305, 306].

Экстраверты более легко перескакивают с темы на тему, в их речи менее активно прослеживаются причинно-следственные связи [274]. Нейронный контур экстравертов более восприимчив к социальным стимулам [271], соответственно, речь экстравертов отражает их высокую социальную ориентированность посредством ссылок на других людей. Экстраверты используют больше слов, обозначающих действие, что отражает их активность; им также свойственно активное использование местоимений, наречий и в целом, оперирование большим количеством разнообразных слов [274]. Для экстравертов характерны разговоры о социальном опыте, соответствующие слова используются в их речи [292].

В контексте оказания просветительского воздействия на пациента, необходимо понимать, каким образом пациенту свойственно получать информацию: ориентируясь на внешний или внутренний мир. Интроверт – человек, имеющий склонность уходить в себя, для него более свойственно прислушиваться к себе. При этом в процессе просветительской беседы важно, чтобы такой пациент также слушал и врача. Соответственно, чтобы решить просветительские задачи, врач может апеллировать к внутреннему миру пациента. Интроверта необходимо погрузить в себя с помощью определенных речевых конструкций. Это можно сделать за счет использования в речи следующих фраз *«Вспомните, как Вы обычно ...»*, *«Подумайте о том, как Вам кажется ...»*, *«Представьте себе ...»* и т.д. Например *«Подумайте, насколько лучше Вам станет, если Вы исключите курение из своей жизни»*.

Для того чтобы экстраверт слушал врача, специалисту необходимо говорить в такой форме, чтобы внимание больного было сфокусировано на просветительской речи врача и не отвлекалось на посторонние стимулы. То есть, для того чтобы просветительское речевое послание врача достигло сознания пациента, необходимо определенным образом удерживать фокус внимания пациента. Принимая установку, что с человеком надо говорить на его языке, мы считаем необходимым при формировании просветительских речевых посланий врача учитывать результаты упомянутых выше исследований. Для экстраверта можно использовать дополнительные вводные конструкции, ориентированные на «здесь и сейчас», ссылки на социальную жизнь и авторитеты. Например, возможна ссылка на соседей по палате, как на представителей микросоциума.

Считает ли пациент, что он ответственен за сохранение своего здоровья? Или же он предполагает, что ответственность за здоровье – сфера заботы врача? Есть ли у больного опыт конструктивного совладания с трудностями и проблемами? В зависимости от этого, от ответов на поставленные вопросы, в просветительском тексте можно расставить определенные смысловые акценты (например, делать упор на принятие ответственности за свое здоровье, или апеллировать к опыту решения трудных жизненных ситуаций).

Для того чтобы пациент начал осознанно вести здоровьесобразный образ жизни, он должен быть готов принять ответственность за свою жизнь и свое здоровье. Оценить, каким образом пациент может это сделать, помогает локус контроля – свойство личности человека, характеризующее локализацию ответственности за различные стороны своей жизни больше на себе или на окружающем мире [13]. Сам концепт локуса контроля был разработан Дж. Роттером и изначально был направлен на описание уровня субъективного контроля личности в целом. В дальнейшем произошло более детальное изучение данного феномена, в частности, отечественными учеными Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной, А.М. Эткингом описана

возможность определения локуса контроля в различных сферах жизни. В настоящий момент, существует возможность определения того, насколько человек готов принять ответственность за различные сферы своей жизни: семейную, профессиональную, область достижений, неудач, область здоровья и т.д. Врачу важно понимать, считает ли пациент себя ответственным за происходящее или же переносит ответственность за свое здоровье и свою жизнь на факторы окружающего мира: других людей, обстоятельства, судьбу [13].

Принято выделять интернальный локус контроля (свойство принимать ответственность за определенные области жизни) и экстернальный локус контроля – (склонность приписывать ответственность за различные сферы жизни внешним силам) [13]. Пациент с интернальным локусом контроля в области здоровья, как правило, признает свою ответственность за его сохранение, лечение, выполнение рекомендаций врача. Такой человек может видеть и осознавать причинно-следственные связи между своим актуальным состоянием (например, проблемами с легкими) и предшествующим поведением (например, пациент признает, что сам виноват в возникновении проблем вследствие курения). Пациенты с интернальным локусом контроля, как правило, более комплаентны, то есть следуют всем предписаниям врача [39]. Для больных с экстернальным локусом контроля характерно перекладывание ответственности за собственное состояние и здоровье на внешние факторы: врача, медицинский персонал, свою семью, - а также обуславливание заболевания исключительно «наследственностью», «экологией» и т.д. По данным исследований, такие больные менее привержены лечению и ведению здоровьесообразного образа жизни [39].

Изучение локуса контроля пациента связано с необходимостью понимания врачом того, каким образом пациент может взять ответственность за собственное здоровьесообразное поведение. При этом задача врача в ходе просветительской деятельности – возложить на больного ответственность за ведение здоровьесообразного поведения и всего, что связано с ним (приема

лекарств, посещение процедур и т.д.). Имея данные о локусе контроля, врач сможет учитывать эту особенность при создании речевых посланий.

В том случае, если пациента характеризует интернальный локус контроля, больной легко возлагает на себя ответственность, а врачу не приходится дополнительно акцентировать на этом внимание, и он может сэкономить время. Если пациент обладает экстернальным локусом контроля в области здоровья или экстернальностью в целом, врачу необходимо формулировать высказывания таким образом, чтобы пациент мог однозначно понять, где зона его ответственности. Необходимо всячески подчеркивать активность пациента. Например, возможно использование активного залога вместо пассивного. Так, вместо высказывания «*Курение Вам вредит*», можно сказать: «*Вы вредите себе курением*». Во втором случае пациент из пассивного «объекта» превращается в «субъект», проявляющий активность. Важно использовать в речи такие конструкции, которые позволят пациенту однозначно понять, что его правильное здоровьесообразное поведение в условиях лечения – его обязанность, например, возможно использование модальных глаголов со значением долженствования (таких как «долженствовать», «стараться»).

Здоровьесообразное поведение в условиях хронического заболевания – своеобразное поведение, связанное с совладанием с трудной жизненной ситуацией, которую представляет собой любая тяжелая болезнь. Задача врача – выработать совместно с пациентом определенную линию здоровьесообразного поведения последнего. Очевидно, что эффективность соблюдения такой линии поведения во многом обусловлена особенностями поведения пациента в сложных ситуациях (к которым относится и заболевание), а также его жизненным опытом. Именно поэтому для врача важно оценить, насколько пациент готов к совладанию с тяжелой для него ситуацией, и каким образом он будет это делать.

Традиционно, чтобы описать этот аспект поведения пациента, используется понятие копинг-стратегий - определенных линий поведения,



которые использует человек, чтобы справиться с тяжелой жизненной ситуацией. Согласно Лазарусу и Фолкман, это «когнитивные и поведенческие усилия» [цит. по 24, С.8], предпринимаемые человеком для того, чтобы совладать с некоей жизненной ситуацией, выработать по отношению к ней толерантность либо изменить свое отношение к тем условиям, в которых оказался человек. Копинг-стратегии (то есть стратегии совладающего поведения) предполагают своеобразную регуляцию взаимодействия человека и окружающей его среды. [24]

Копинг-стратегии являются значимым фактором при исследовании вопросов поведения, связанного со здоровьем и болезнью [41], при этом в настоящий момент не существует единой классификации копинг-стратегий. Применяются различные способы их оценки (например, методика Лазаруса, методика Хейма) и анализа полученных результатов. Существует точка зрения, согласно которой невозможно принципиально разделить копинги на «хорошие» и «плохие», поскольку все всегда зависит от человека и ситуации, в которой он пребывает (Л.И. Вассерман) [41]. В то же время, при анализе копинг-стратегий пациентов с определенными заболеваниями исследователи (Н.П. Ванчакова, И.А. Васильева) говорят о более или менее конструктивных копинг-стратегиях, используемых пациентами в данной конкретной ситуации [31, 37].

При реализации просветительской деятельности врач должен иметь представление о том, насколько пациент может справиться с такой тяжелой жизненной ситуацией как заболевание. Если человек, нуждающийся в медицинской помощи, применяет неконструктивные копинг-стратегии, в речевых посланиях можно актуализировать мотив преодоления тяжелой ситуации. Например: *«Принимая во внимание Ваши страхи, Вы все равно должны начать терапию»*, *«Вам необходимо соблюдать диету, учитывая всю сложность Вашего положения»*.

Данные о рассмотренных выше личностных особенностях пациентов и их личностных свойствах можно получить с помощью специальных методик.

Эти методики достаточно активно используются в исследованиях, направленных на исследование личностных особенностей пациентов с различными заболеваниями. Для исследования уровней тревожности наиболее активно применяют тест Спилбергера-Ханина. Эта методика была разработана С.Д. Спилбергером и адаптирована в нашей стране Ю.Л. Ханиным. Опросник состоит из 2 разделов: первый включает в себя 20 вопросов и направлен на исследования ситуативной тревожности (здесь и сейчас); второй раздел также состоит из 20 вопросов и позволяет оценить уровень личностной тревожности индивида (то есть того, каким образом он реагирует обычно) [79].

Уровень нейротизма и уровень экстраверсии-интроверсии может быть определен благодаря опроснику Г. Айзенка. Существует несколько модификаций данной методики, различающейся по объему. Для пациентов, получающих лечение гемодиализом, наиболее удобно использовать опросник EPI (Eysenk Personal Inventory), состоящий из 50 утверждений. Такая форма позволяет экономить время для исследований и не перегружать большим количеством стимульного материала людей, имеющих проблемы со здоровьем [123].

Оценка уровня субъективного контроля пациентов может осуществляться при помощи методики УСК (Уровень субъективного контроля), разработанной Роттером и адаптированной Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткингом. Данная методика состоит из утверждений, с каждым из которых респонденту необходимо согласиться или не согласиться в градированной форме (от - 3 до + 3). Данный опросник позволяет определить общую интернальность, интернальность в области достижений, области неудач, семейной сфере и сфере межличностных отношений, профессиональной области и области здоровья [13].

Изучение копинг-стратегий может осуществляться различными путями. Существует опросник Лазаруса (в нашей стране предпринято несколько попыток его адаптации), опросник совладающего поведения

Хейма. В данном исследовании использован опросник Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтык [102].

Сбор данных о рассмотренных выше личностных особенностях пациентов осуществляется клиническими психологами, которые работают в медицинских учреждениях. Эти данные могут быть использованы врачами при создании просветительских речевых текстов.

Таким образом, врач адресует пациенту педагогический просветительский текст. Исходя из семиологического понимания данного феномена, мы понимаем просветительский текст как вербальное устное или графически оформленное речевое произведение, созданное врачом и адресованное человеку, обратившемуся за медицинской помощью. Такой текст ориентирован на формирование у человека представлений о смысле ведения здоровьесообразного образа жизни, принципах и правилах поведения в условиях заболевания и лечения. Он состоит из ряда специфических просветительских речевых посланий, логически между собой связанных, подчиненных единой цели и обладающих определенной стилистической окраской, обусловленной особенностями адресата, адресанта, а также ситуации их взаимодействия.

Просветительский текст включает биоэтическую, биомедицинскую и прогностическую составляющие. Композиционная взаимосвязь этих компонентов обусловлена их содержанием и предполагает последовательный переход от компонента к компоненту в указанном порядке.

Необходимость учета в процессе создания просветительского текста лингвокоммуникативных аспектов просветительской деятельности, обуславливает учет особенностей пациента и врача. Должны быть приняты во внимание возрастные, культурно-образовательные характеристики пациента, уровень тревожности, экстраверсии, уровень субъективного контроля, а также наиболее часто используемые пациентом стратегии совладающего поведения. Также важно принимать во внимание модель врачебной деятельности, применяемую врачом.

## **2.2. Теоретические основания и алгоритм выстраивания врачом речевого взаимодействия с пациентом в контексте реализации просветительской функции**

Каждый текст может быть рассмотрен как корпус просветительских речевых посланий, входящих в его состав. Рассмотрим их сущность и специфику.

Просветительский текст содержит комплекс более «мелких» речевых просветительских посланий, специфических высказываний врача, каждое из которых представляет собой некий «атом просветительского смысла» и несет в себе информацию о здоровьесообразном поведении. Каждое из таких посланий может включать одно или несколько предложений, объединенных единым смыслом. Например, несколько предложений о том, как важно соблюдать диету в условиях специфического заболевания, одно из которых будет основным по смыслу, а остальные - конкретизирующими или иллюстрирующими, будут представлять собой одно просветительское речевое послание. Постараемся дать рабочее определение такому посланию.

Просветительское речевое послание – это пронизанное единой целью высказывание или совокупность высказываний, несущих в себе способность оказывать влияние, способное изменить отношение, видение, понимание себя, другого, мира в целом (в данной работе речь идет об изменении понимания человеком просветительской информации, касающейся особенностей физического состояния и рекомендуемой модели поведения, связанной со здоровьем).

Просветительские педагогические тексты и содержащиеся в них речевые просветительские послания не должны стихийно создаваться врачом в процессе взаимодействия с человеком, обратившимся за помощью. Они должны быть тщательно продуманы, соответствующим образом структурированы и содержательно наполнены. Такие речевые послания,

входящие в просветительский текст, должны быть выстроены по определенному, специально разработанному алгоритму на релевантных теоретических основаниях.

К сожалению, врачи, как правило, не обучаются такому рода работе с текстами, что приводит к проблемам в ходе реализации просветительской функции. Несмотря на достаточно активное изучение различных аспектов преподавания языка и культуры речи для студентов медицинских вузов (Башкуева, Т.Д., Жилыева, А.В. Коробкова, О.А, Королева О.Л., А.С. Хехтель и др.) [18, 65, 98, 99, 234 и др.], проблематика, связанная с поиском теоретических оснований оказания речевого воздействия на пациента в процессе реализации просветительской деятельности на сегодняшний день не стала предметом детального научно-педагогического изучения. Нет сомнений в том, что без этого невозможно осуществлять эффективное воздействие на интеллектуальную и поведенческую сферы пациента. Это обуславливает актуальность профессиональной подготовки врачей, связанной с вопросами речевого воздействия на пациента в процессе реализации просветительской деятельности.

Необходимо понимать, что просветительская деятельность, реализуемая врачом - сложный процесс, она не сводится исключительно к механическому «озвучиванию принципов здорового образа жизни». Врач должен совершить целый комплекс действий: начиная общение, определенным образом наладить контакт с обучающимся пациентом, отвечать на возникающие у пациента вопросы, контролировать уровень знаний обучающегося на разных этапах взаимодействия и т.д. Однако основную просветительскую функцию будет выполнять собственно просветительский текст, который должен оказать воздействие на сознание пациентов, а в дальнейшем – на их поведение. Такой текст может включать в себя различные виды посланий: некоторые из них могут информировать пациента, предоставлять ему необходимые для ведения здоровьесоборазного образа жизни знания. Ряд других посланий может быть ориентирован на

формирование мотивации здоровьесообразного образа жизни, убеждение пациента последовать рекомендациям врача, внушение принципов здоровьесообразного поведения.

Необходимость такого комплексного воздействия обусловлена тем фактом, что люди, обращающиеся за медицинской помощью, достаточно часто далеки от ведения здоровьесообразного образа жизни. Они могут не иметь ни знаний, необходимых для поддержания своего здоровья на оптимально высоком уровне, ни соответствующих установок и мотивации. Поэтому перед врачом возникает не просто задача, связанная с «транслированием» основ регламента здоровьесообразного поведения, но и задача, связанная с оказанием речевого воздействия на пациента. Значимость подобного воздействия во многом обусловлена сложностями формирования у пациентов комплаенса.

Комплаенс – понятие, имеющее множество определений. Наиболее часто оно понимается как: приверженность лечению [104]; терапевтическое сотрудничество [55]; сотрудничество пациента с врачом и принятие его рекомендаций; [232]; согласие с лечением [164]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, комплаенс представляет собой степень следования пациента лечебным предписаниям и рекомендациям [251]. Комплаентный пациент регулярно выполняет требования предписанной терапии: принимает необходимые медикаменты, соблюдает рекомендации по режиму питания, двигательной активности, отказу от вредных привычек и т.д. Педагогическая деятельность, направленная на формирование комплаенса у пациентов, предполагает учет множества факторов: клинико-психологических, социально-психологических, культурных, гендерных [251]. Безусловно, у нее есть и лингводидактическое измерение: врачи, занимающиеся просветительской деятельностью, должны уметь применять язык в качестве инструмента просветительского влияния.

Лингводидактика традиционно понимается как научная педагогическая отрасль, исследующая вопросы овладения языком в процессе обучения.

Существуют следующие варианты интерпретации этого термина: как общей теории обучения языку (изучающей теоретические и методологические основы этого процесса); как комплекса теоретических и практических вопросов, связанных с преподаванием языка; как прикладной лингвистической дисциплины, связанной с обучением иностранному языку [4]. В контексте актуальной работы профессиональный язык врача рассматривается как язык отличный от языка пациента и зачастую непонятный последнему. По сути, в работе поднимаются вопросы обучения врачей взаимодействию с пациентами при помощи языка. Таким образом, термин «лингводидактика» используется в более широком понимании - применительно процессу педагогического взаимодействия субъектов лечебного процесса (специалистов, использующих строгий, систематический медицинский язык и пациентов, имеющих несистематические осколочные представления).

Описанная выше проблематика делает особенно актуальным поиск релевантных теоретических оснований для разработки педагогических просветительских речевых посланий, которые позволяли бы изменять сознание и поведение пациента. Практически, в данном случае затрагиваются вопросы речевого воздействия. На сегодняшний день, несмотря на интерес исследователей к феномену речевого воздействия, сложно выявить некий единый подход к его анализу. Данное явление исследуется в различных областях знания: социологии, политологии, теории коммуникации, психологии, лингвистике. При этом ученые отмечают, что речевое воздействие может находить свое применение в различных областях жизни, в том числе – в педагогике [239]. В то же время лингводидактические аспекты речевого воздействия врача на пациента на сегодняшний день остаются нераскрытыми.

В современных лингвистических исследованиях существует следующие точки зрения на феномен речевого воздействия:

- оно представляется тождественным любому речевому общению, либо рассматривается более узко - как агитационное воздействие, в том числе, в средствах массовой информации [219];
- под речевым воздействием понимается общественно-ориентированный вид речевых контактов между людьми (прежде всего, связанных с массовой коммуникацией, пропагандой и т.д.) [117];
- оно определяется как сфера реализуемой человеком коммуникативной деятельности, включающая как устную и письменную речь, так и возможные элементы аутокоммуникации; такая деятельность предполагает влияние на перестройку сознания адресата, изменение его отношений, психологического состояния; [162, 163];
- оно предстает как влияние на индивидуальное либо коллективное сознание, которое реализуется посредством адресации сообщений на естественном языке (либо при помощи других семиотических кодов) [154];
- оно рассматривается как направленное на достижение определенных целей воздействие на реципиента (или группу реципиентов) при помощи речи и невербальных средств общения; целью такого влияния является убеждение сознательно принять определенную точку зрения [215];
- оно определяется как влияние на адресата, ориентированное на изменение его личностных смыслов, категориальных конструктов, поведения и психологического настроения (при этом признается возможность воздействия как при помощи лингвистических, так и при помощи паралингвистических и нелингвистических средств) [239].

Проанализировав эти определения речевого воздействия, мы предлагаем следующее рабочее определение данного феномена (в контексте просветительской деятельности, реализуемой врачом). Просветительское речевое воздействие врача на пациента - влияние, целью которого является изменение когнитивной и поведенческой сфер пациента при помощи адресации ему специально разработанных просветительских речевых посланий. Суть такого воздействия заключается в изменении понимания



вопросов, связанных с сохранением здоровья и дальнейшим изменении формата поведения пациента.

В процессе просветительской работы врачу необходимо облечь речевые послания с определенным смыслом в такую форму, которая позволила бы влиять на сознание и поведение получателя сообщения. Каким образом это можно сделать при помощи языка? Ведь, по существу, в данном случае предпринимается попытка определенным образом изменить отдельно взятый элемент реальности, связанный с человеком, имеющим (реально или потенциально) проблемы со здоровьем.

Это ставит перед нами, по сути, философские вопросы. Является ли речь просто процессом произнесения звуков, процессом констатации каких-либо фактов, или же речь - способ передачи смыслов? Может ли она изменять действительность? Если да, то эти изменения произойдут через какой-то временной отрезок, или уже само высказывание в момент своего произнесения может изменять существующее положение вещей? Каким образом при помощи речи можно оказывать воздействие на человека?

Поиск ответов на эти, по сути, философские вопросы, стал предметом исследовательского внимания ученых, создавших теорию речевых актов. В рамках теории речевых актов рассматривался вопрос о том, каким образом при помощи речевых актов (speech acts – J. Austin; speech acts, linguistic acts language acts – J. Searle) можно оказывать влияние как на людей, так и на реальность в более широком смысле. Основоположниками этой теории являются философы Джон Остин (John Austin) и Джон Серль (John Searle), их последователи освещали различные аспекты данной теории, создавали собственные классификации речевых актов.

Представляется вполне естественной, и даже обыденной, мысль, что, произнеся определенное высказывание, можно удивить, обрадовать, испугать, предостеречь, пригрозить и т.д. В сущности, при реализации всего вышеперечисленного, человек совершает некий речевой акт – «целенаправленное речевое действие, совершаемое в соответствии с

принципами и правилами речевого поведения, принятыми в данном обществе» [247, с. 412]. Именно речевые акты, по мнению исследователей, занимающихся философией языка, и составляют основу языкового общения [254, 298]. Основным признаком речевого акта является его целенаправленность: речевой акт имеет цель, ради исполнения которой и совершается [50].

Исходно создатель теории речевых актов Джон Остин задался вопросом «возможно ли создавать реальность при помощи слов?». Ответом на этот вопрос стала его книга «Слово как действие» (*How to do things with words* [254]), конспект его лекций, вышедший в свет в 1962 году. Отмечая, что исследование высказываний лишь с позиций истинности или ложности сужает круг исследовательских проблем философии языка, ученый предположил, что существуют высказывания, при помощи которых могут быть совершены действия. Согласно Дж. Остину, часть речевых актов может менять реальность непосредственно в момент их произнесения. Например, в процессе бракосочетания, «Да», сказанное обоими участниками церемонии, а также «Объявляю вас мужем и женой» переносит людей в новое гражданское состояние и изменяет их статус. То есть в рассматриваемой нами ситуации произнесение нескольких высказываний изменяет реальность. Такие высказывания исследователь назвал перформативными высказываниями или перформативами – высказываниями, произнесение которых выполняет не функцию описания, а функцию собственно выполнения действия (*от англ. to perform – исполнять, выполнять - глагола, используемого в сочетании со словом действие* [254]).

Для того чтобы некоторое высказывание стало перформативом, необходимо не только произнесение специфических слов, но и особые условия протекания речевого акта. Важно не только соблюдение условий определенной коммуникативной ситуации, соответствующие желание и намерения, а также статус участников ситуации; сама процедура должна быть выполнена правильно и полностью. В противном случае, при

несоблюдении перечисленных условий, выполнение перформатива обернется коммуникативной неудачей – «осечкой» или «злоупотреблением». Вряд ли предложение «Объявляю вас мужем и женой», произнесенное продавцом магазина и адресованное покупателям, изменит матримониальный статус последних, ведь ни ситуация, ни социальный статус говорящего, ни желание покупателей – не соответствуют произносимому. В то же время, это высказывание, произнесенное в загсе, лицом, наделенным полномочиями, после соответствующих высказываний жениха и невесты, пришедших туда с целью бракосочетания, - изменит. При этом, как отмечает Дж. Остин, как правило, невозможно совершить перформатив исключительно при помощи слов, для этого также могут потребоваться некие дополнительные действия. Ученый приводит следующие примеры: при дарении подарка, необходимо не только сказать: «Дарю», но и, собственно, вручить подарок, а, например, при наименовании судна – разбить о его нос бутылку [254]. И в рассматриваемом нами ранее примере с бракосочетанием, помимо произнесения собственно необходимых фраз, на территории РФ необходимо оформить соответствующие документы.

Для того чтобы высказывание можно было назвать перформативом, необходимо соблюсти еще одно условие. Перформатив предполагает осуществление действия неким актором непосредственно в момент произнесения высказывания. То есть, можно заключить, что для перформатива характерна образная формула «я – ты - здесь и сейчас» [184, с. 107, 229], в противном случае, высказывание будет констативом. Сравним, например, высказывания «*Нарекаю этот корабль «Орел»*» (произнесенное императором) и «*Он нарек корабль «Орел»*» (произнесенное историком). Разница между перформативами и констативами по сути тождественна разнице между деланием и говорением [30]. В первом случае соблюдение предложенной схемы и необходимых условий ведет к изменению реальности посредством произнесения высказывания. Во втором случае мы можем наблюдать лишь описание события.

Для того чтобы решать проблемы, которые могут возникнуть при попытках дифференцировать перформативы от других высказываний, Джон Остин предложил следующее. Ученый предложил рассматривать речевой акт в структурном отношении как некое целое, включающее три компонента: локутивный (от лат. *locutio*—говорение), иллокутивный (от лат. *inlocutio* – в процессе говорения), перлокутивный (от лат. *perlocutio* – посредством говорения). Локутивным актом Остин предложил называть непосредственно акт говорения, произнесение определенного высказывания с неким смыслом, значением, в традиционном понимании. При этом произнесение высказывания, как правило, сопровождается определенной силой, которую автор называет конвенциональной (говоря, мы информируем, предупреждаем, советуем, убеждаем и т.д.). Таким образом, как правило, совершение локутивного акта одновременно является и совершением иллокутивного – предполагающего придание локутивному акту целенаправленности. Иллокутивный акт всегда имеет определенную цель, его отличает особый эффект. Успешным такой акт будет лишь в том случае, если приводит к определенному результату. В то же время иллокутивные акты следует отличать от перлокутивных актов, которые связаны непосредственно с получением результатов посредством речевого воздействия. В том случае, если человек, которому было адресовано некое речевое послание, изменил свое поведение, можно говорить о перлокутивном аспекте речевого акта. [254]. По сути, перлокутивный акт связан с последствиями высказывания, с реакцией получателя на речевое воздействие [133].

Трактование единого речевого акта как «трехуровневого образования» [133, с. 57] можно рассмотреть на следующем примере. Произнесение предложения: «Тебе обязательно нужно сходить к врачу» - собственно, локутивное высказывание. Тот факт, что я убеждаю своего друга обратиться к врачу, позволяет рассматривать высказывание как иллокутивное: в данном случае, оно представляет собой попытку убеждения. Предположение, что

мой друг обратится к врачу (то есть предполагаемые последствия произнесенного мной высказывания) представляют собой его перлокутивную составляющую. Перлокутивный аспект любого речевого акта подразумевает сопоставление его с результатом (например, совершил ли получатель сообщения то, к чему его побуждали) [133].

Безусловно, исследователь рассматривал так называемые «идеальные конструкции», «чистые типы» различных речевых актов. Остин отмечал, что в «идеальном», «чистом» виде иллокутивные конструкции сами по себе не изменяют мир (хотя, при успешном выполнении, они имеют определенный эффект). Однако важно понимать, что в жизни грань между описанными видами речевых актов может быть весьма условной. Как подчеркивал сам Остин, иллокутивные акты часто связаны с эффектами, и в этом их отличие от произведения эффекта, что является характеристикой перлокутивного акта. Поэтому ученый считал, что необходимо отличать высказывания, имеющие перлокутивную цель от высказываний, имеющих перлокутивные следствия: иллокутивный акт, в отличие от перлокутивного изменяет что-то в естественном порядке. Остин также отмечал, что некоторые перлокутивные высказывания не имеют иллокутивной формулы. Например, сказав нечто, можно расстроить или удивить человека, но нельзя сказать: «Я тебя расстраиваю», «Я тебя удивляю» и т.д. [254]

Таким образом, важно понимать, что деление на указанные три компонента носит все же достаточно условный характер, поскольку эти компоненты речевого акта неразрывно связаны друг с другом, а анализ каждого конкретного высказывания представляет собой своеобразную философскую задачу.

В попытке решить вопрос классификации иллокутивных актов как Остин, так и дальнейшие последователи, разрабатывали собственные таксономии иллокутивных актов. В разработанную Остином таксономию входят следующие классы: вердиктивы, экзерситивы, комиссивы, экспозитивы, бехабетативы [254].

В класс вердиктивов входят глаголы, посредством которых выносятся некий вердикт (например, в речи судей, арбитров). При этом такой акт является не исполнительным («executive»), а скорее, судебным («juridic»). К классу вердиктивов, философ, например, относит такие глаголы, как признавать невиновным, оценивать, обвинять, расценивать и т.д. [254].

Экзерситивы связаны с реализацией силы, права, власти, влияния: с их помощью может быть озвучено решение о том, что нечто должно быть сделано. Автор отмечает, что судьи и арбитры, например, активно используют экзерситивы наряду с вердикативами. В качестве примеров, могут быть рассмотрены следующие глаголы: назначать, отстранять, требовать, объявлять открытым, давать разрешение и т.д. [254].

Комиссивы – класс иллокутивных актов, связанный с обещанием или соглашением, принятием неких обязательств. При помощи комиссива говорящий обязуется выполнить определенный курс действий. Примером используемых в комиссивах глаголов могут послужить следующие: обещать, принимать обязательства, собираться (сделать что-то), клясться, планировать (сделать что-то), намереваться сделать что-либо и т.д. [254].

Бехабетативы – весьма разнородная группа, связанная с взаимоотношениями людей и социальным поведением (извинения, поздравления, похвала, проклятья, угрозы и т.д.). Они подразумевают реакцию на поведение других людей или отношение к поведению какого-либо человека (группы людей). Например, чтобы выразить благодарность можно использовать глагол «благодарю», чтобы попросить прощения, использовать соответственно «прошу прощения», и т.д. [254].

Экспозитивы – весьма сложная в определении группа, связанная с изложением мнения или обозначением отношения (например, «признавать», «предполагать», «требовать», «сомневаться», «утверждать» и т.д.). По мнению Остина, наиболее сложными классами в плане дифференциации являются бехабетативы и экспозитивы, поскольку они достаточно многообразны и разнородны. [254].

Дж. Серль (J. Searle) выступил, с одной стороны, продолжателем теории речевых актов Остина, с другой – критиком ряда положений своего предшественника. Философ предполагал, что основной единицей человеческого общения является речевой акт, а не символы, слова или предложения [298]. По мнению Серля, как только мы затрагиваем вопрос о языковом общении, мы говорим не просто о произнесении звуков или написании символов, а именно о совершении определенного акта [298]. Любое высказывание философ предлагает рассматривать с точки зрения намерения человека, его произносящего: слово, само по себе, содержит смысл (meaning), в то время как речевой акт подразумевает, что человек, его совершающий имеет что-то в виду (meant) (J. Searle). Отметим, что, как и Остин, Серль уделял существенное внимание и контексту речевого акта [298].

Согласно Дж. Серлю, основной, минимальной единицей общения при помощи языка является иллокутивный акт. Исследователь предложил измененную модель структуры речевого акта, включающую следующие компоненты:

- Локутивный акт (то есть собственно произнесение некоего высказывания);
- Пропозициональный акт, то есть высказывание суждения (который может быть разделен на акт референции и акт предикации);
- Иллокутивный акт (то есть придание высказыванию некоего намерения);
- Перлокутивный акт [133, 298].

Исследователь предложил различать собственно иллокутивные акты и пропозициональное содержание иллокутивных актов. Осуществляя иллокутивный акт, согласно Серлю, говорящий совершает акт референции (то есть называет некое явление, относит это явление к миру) и акт предикации (то есть приписывает этому явлению ряд определенных свойств). В предложении Серль выделял пропозициональный показатель и показатель

иллокутивной силы. Первый - является показателем суждения, он говорит о том, что некий предмет «вписан в мир» и может быть охарактеризован словами. Второй дает возможность определить, каким образом необходимо воспринимать некое суждение (является ли оно, например, просьбой или приказом), то есть дает возможность определить, какую иллокутивную силу имеет высказывание, какой именно иллокутивный акт совершает говорящий [298].

В статье «Что такое речевой акт» (What is a speech act) исследователь направил свое внимание на описание условий, необходимых для совершения определенных видов иллокутивных актов, а также правил, которые позволили бы их маркировать [298]. Серль полагал, что успешность речевого акта возможна лишь в том случае, если все компоненты речевого акта успешны. На уровне локуции высказывание должно быть правильно оформлено с точки зрения грамматики и синтаксиса; на уровне пропозиционального акта – являться истинным или ложным; на уровне иллокуции – быть удачным или неудачным; на уровне перлокуции – успешным или же неуспешным [133].

Активное исследовательское внимание философа было обращено на разработку таксономии иллокутивных актов. Базисом для создания такой таксономии стали: иллокутивная цель (смысл) (illocutionary point), направление соответствия (direction of fit), и выражаемое психологическое состояние (expressed psychological state). В целом, философ предложил 12 измерений, по которым иллокутивные акты могут отличаться друг от друга [297]:

1. Различия в цели (или смысле) акта. Например, цель приказа – попытка добиться, чтобы тот, кому обращено сообщение, что-то сделал; цель описания – репрезентация некоего положения вещей; цель обещания – взять обязательство перед слушающим сделать что-то. Автор отмечает, что не каждое иллокутивное высказывание имеет перлокутивные цели, и у многих иллокутивных актов его нет, например, обещания или утверждения не



содержат перлокутивных намерений. В целом, как отмечал Дж. Серль, цель – одна из составляющих иллокутивной силы высказывания.

2.Различия в направлении приспособления (установления соответствия) между словами и миром. Одни иллокутивные высказывания содержат в себе попытку соответствовать миру, другие направлены на то, чтобы мир начал соответствовать определенному высказыванию. С целью объяснения этого положения, автор приводит в пример ситуацию, когда некий мужчина, отправляется за покупками со списком, составленным женой. В этом случае, покупатель приводит мир в соответствие с высказываниями (предположим, в соответствии с посланием «купить хлеб»). В том случае, если в высказывании есть некое изменение или ошибка (например, вместо «хлеб» написано «чай»), то изменится реальность, и он купит чай. Если же следом за этим мужчиной пустить некоего сыщика, который бы записывал действия этого мужчины, то сыщик приводил бы свои высказывания в соответствие с реальностью. И если бы он записал «чай» вместо «хлеб», (в то время как был куплен именно хлеб) это стало бы ошибкой, которую можно было бы исправить, исправив записи наблюдений.

3.Различия в выражаемых психологических состояниях. Как отмечает Джон Серль, человек, который что-либо объясняет, заявляет или утверждает – выражает определенное убеждение; человек, который обещает, клянется, угрожает и т.п. – выражает намерение что-то сделать; человек, приказывающий, командующий, просящий – выражает желание, чтобы некто сделал нечто; человек, сделавший что-либо нехорошее, выражает сожаление, что он это содеял. При этом философ отмечает, что попытка построить некую классификацию исключительно на основе спектра выражаемых психологических состояний сложна и трудоемка.

Указанные три измерения (иллокутивную цель, направление соответствия и искренность выражаемого психологического состояния) Серль закладывает в основу своей таксономии. Он отмечает также еще ряд важных измерений, необходимых для ее создания:

4.Различия в силе (интенсивности) с которой представлена иллокутивная цель высказывания (его смысл). Например, «Я предлагаю» и «Я настаиваю» указывают на разную интенсивность того, каким образом в высказывании преподносится иллокутивная цель.

5.Различия в статусе или позиции говорящего и слушающего, по отношению к иллокутивной силе высказывания. Например, лицо, которое находится выше по званию, скорее издаст приказ, а лицо равное по званию, социальному положение и т.д. – просьбу (примером может послужить одна и та же фраза, обращенная к солдату другим солдатом или генералом).

6.Различия в том, каким образом высказывание соотносится с интересами говорящего и слушающего (например, различия между жалобой и хвастовством).

7.Различия по отношению к остальному дискурсу. Некоторые перформативные высказывания соотносят само высказывание с остальным дискурсом и окружающим его контекстом. Следующие за ними «однако», «таким образом» и т.д. выполняют функцию соотнесения с дискурсом.

8.Различия в пропозициональном содержании, обусловленные показателями иллокутивной силы (например, предсказание – это некое высказывание о будущем, а сообщение или отчет – высказывание уже о прошедшем событии).

9.Различия между актами, которые обязательно должны быть именно речевыми актами, и теми актами, которые могут быть, но необязательно должны быть речевыми. Как отмечает Дж. Серль, можно оценивать что-то, заключать что-то или даже ставить диагноз, не произнося ни слова.

10. Различия между актами, которые требуют наличия дополнительных внелингвистических атрибутов, и теми актами, которые их не требуют. Например, чтобы война была объявлена, человек, ее объявляющий должен иметь соответствующий статус (как и в рассмотренном несколько ранее примере, война не может быть объявлена продавцом мороженого).

11. Различия между актами, в которых иллокутивный глагол употреблен в перформативной форме, и актами, где подобной картины не наблюдается. Как отмечает Серль, в иллокутивных высказываниях большая часть глаголов перформативна, при этом, сказав их, невозможно тем самым выполнить некое действие. Таким образом, не все иллокутивные глаголы являются перформативными.

12. Различия в стиле выполнения иллокутивного акта. Например, «объявить во всеуслышание» и «сообщить по секрету» – различаются по стилю осуществления иллокутивного акта [297].

Таким образом, Дж. Серль описывает различные виды иллокутивных актов: вопросы, предсказания, просьбы, приказы, выражения намерений, желаний. Показатель иллокутивной функции дает возможность делать выводы относительно трактовки определенного суждения: например, является ли оно приказом, утверждением, просьбой, предположением. В естественном языке в качестве показателя иллокутивной функции выступает, прежде всего, список используемых глаголов. Помимо этого, к ним могут также быть отнесены наклонения глагола, интонационная форма, порядок слов в предложении, пунктуационное оформление [30].

Критика Серлем таксономии, разработанной Остином, связана с тем, что последний предлагал в рамках своей таксономии списки именно глаголов, в то время как Серль перешел к списку иллокутивных актов. В классификацию Серля вошли следующие классы иллокутивных актов: репрезентативы, директивы, комиссивы, экспрессивы, декларации.

Репрезентативы – отдельный класс, базирующийся на понятии иллокутивной цели. Иллокутивные акты из этого класса позволяют фиксировать ответственность говорящего относительно некоторого положения дел, в частности его истинности или ложности. Элементарным тестом на определение репрезентативов является возможность оценки высказывания как истинного или ложного.

Директивы – класс, пропозициональное содержание которого связано с совершением адресатом некоего действия. В этом классе используются такие глаголы, как «приказывать», «просить», «командовать», «умолять» и т.д.

Комиссивы заключаются в возложении автором высказывания обязательств относительно определенного поведения в будущем – например, характерным глаголом в таком высказывании будет глагол «обещать».

Экспрессивы ориентированы по своей иллокутивной силе на выражение определенного психологического состояния. При создании экспрессивов используются такие глаголы, как «благодарить», «сожалеть», «приветствовать». Экспрессивы не связаны с попыткой приспособить окружающий мир под себя или приспособится к нему.

Декларации (по сути, то, что Серль называет декларациями, у Остина было включено в класс перформативов) вносят изменения в статус говорящего или определенным образом изменяют действительность за счет успешности факта декларирования. В качестве примеров Серль предлагает следующие высказывания: «Вы уволены», «Я объявляю войну» и т.д. [297].

Существуют и другие попытки классификации речевых актов, предпринятые последователями данной теории (Д. Вундерлих, Дж. Лич, Н.И. Формановская и др.), однако, единой таксономии речевых актов по сей день не создано [132, 133].

По итогам краткой характеристики основных положений теории речевых актов, можно прийти к заключению, что, произнося определенные высказывания, мы можем особым образом воздействовать на получателя сообщения. В рамках данного исследования остановимся на вопросах прикладного использования теории речевых актов для повышения эффективности просветительской педагогической деятельности врача. Рассмотрим вышеописанные положения теории речевых актов в контексте задач нашей работы. Центральный вопрос, который нас интересует, как при помощи слов и высказываний изменять реальность? В практическом применении к нашей работе: как при помощи определенных высказываний

изменить сознание и поведение людей, имеющих проблемы со здоровьем, и направить его вектор в сторону соблюдения здоровьесоборазного образа жизни, то есть решить лингводидактическую задачу?

Наша основная идея заключается в том, что определенным образом оформленные высказывания врача могут изменять реальность в следующем ключе: оказывать влияние на изменение сознания пациента, которое в дальнейшем может привести к изменению поведения. Эти высказывания мы называем просветительскими речевыми посланиями, они обладают способностью оказывать влияние на пациента, способное изменить отношение, видение, понимание себя, другого, мира в целом. Постараемся более подробно охарактеризовать просветительские речевые послания в контексте рассмотренной теории речевых актов.

Поскольку «центральным моментом» речевого акта является иллюкуция (В.И. Карасик) [85, с. 49], важно определять, какова цель того или иного просветительского послания. Просветительские послания могут по-разному воздействовать на пациента и окружающую его действительность: информировать, убеждать, стимулировать к выполнению определенных действий; в отдельных случаях факт их произнесения может определенным образом менять действительность (например, распорядок лечения). Важно, чтобы автор просветительского послания (врач) понимал, с какой целью он произносит то или иное высказывание, четко осознавал, чего он хочет добиться, адресуя пациенту то или иное послание.

В том случае, когда пациент получит грамотно составленное (с грамматической, синтаксической точки зрения) сообщение, при составлении которого врач ориентировался на достижение определенной цели (например, проинформировать пациента, убедить его и т.д.), мы можем говорить о том, что просветительское взаимодействие соотносится с локутивной и иллюкутивной составляющими речевого акта. В процессе реализации просветительской деятельности врач хочет, чтобы пациент понял нечто о регламентах здоровьесоборазного поведения; в том случае, если пациент

усвоил необходимые знания и изменил формат своего поведения, мы можем говорить о соотнесенности просветительского взаимодействия с перлокутивной составляющей речевого акта. Таким образом, при реализации просветительского взаимодействия врача и пациента полностью учитывается структура речевого акта, предложенная Дж. Остином.

Охарактеризуем это более подробно. Здесь и далее мы предлагаем рассматривать просветительскую деятельность и просветительские речевые послания на примере работы с людьми, получающими заместительную терапию гемодиализом – сложным, изнуряющим лечением, требующим от пациента изменения стиля жизни. При разработке просветительских речевых посланий для людей с другими проблемами со здоровьем в содержательном плане, безусловно, необходимо учитывать особенности их заболевания.

Хроническая болезнь почек V стадии (ХБП V стадии) – хроническое заболевание, характеризующееся терминальной почечной недостаточностью и необходимостью постоянного лечения. Такое заболевание обуславливает необходимость заместительной терапии, к которой относится трансплантация почки, гемодиализ, перитонеальный диализ [139]. Необходимость лечения при помощи хронического гемодиализа вводит пациента в новые условия, условия «особой специфической формы жизни» [33, с. 29], когда заместительная терапия при помощи гемофильтрации (внепочечного очищения крови) является одним из основных факторов поддержания жизнедеятельности больного. Лечение гемодиализом должно происходить на регулярной основе, не менее трех раз в неделю и длиться не менее четырех-пяти часов [71]. Это заболевание несет витальную угрозу, то есть от режима посещения сеансов терапии и строгого выполнения лечебных рекомендаций зависят жизнь и здоровье пациента [36, 165].

Это заболевание связано с необходимостью изменения привычного для больного образа жизни [165], от самого пациента и его поведения во многом зависит эффективность терапии [299]. Человек, имеющий такой диагноз, должен соблюдать достаточно строгую диету, водно-питьевой режим, режим

посещения лечебных процедур, принимать значительное количество медикаментов [32, 36]. Во многом такое поведение достигается благодаря комплаентности пациента, то есть его приверженности лечению. Комплаентность – качество, зависящее от ряда социальных, психологических, медицинских факторов [39], однако, возможно и формирование его посредством просветительского и психолого-педагогического влияния со стороны врача [255, 256, 277, 290].

В ходе просветительской работы с пациентами, получающими лечение гемодиализом, могут использоваться следующие виды просветительских речевых посланий. Пациенту можно адресовать речевое послание, которое ориентировано на информирование, или послание, скорее связанное с предупреждением или убеждением. Приведем следующие примеры. *«Значима продолжительность диализа: как отдельного сеанса, так и суммарно за неделю»* - здесь мы можем наблюдать просто информирование пациента о принципе действия лечебной процедуры. Такая же картина будет наблюдаться, если врач скажет: *«Режим посещения процедуры – три дня в неделю»*. В данном случае наблюдается лишь осведомление больного о режиме гемодиализа. Но врач также может сказать: *«Иван Петрович, если Вы не будете ходить на процедуру гемодиализа три раза в неделю, возникнет риск Вашей преждевременной смерти»*. Здесь мы наблюдаем уже предупреждение. По силе воздействия на больного это высказывание намного интенсивнее высказывания в предыдущем примере.

В том случае, когда пациент внял этому предупреждению и стал регулярно ходить на гемодиализ, дисциплинированно и без пропусков, предупреждение врача возымело действие и ситуация изменилась. В этом случае можно говорить о перлокутивном эффекте высказывания.

При этом отметим, что любое иллокутивное высказывание (конечно, если оно услышано и понято пациентом) в какой-то (пусть и крошечной) мере меняет реальность, поскольку меняет сознание больного и определенную систему его представлений о здоровье и способах его

сохранения. Как только пациент услышал, воспринял, понял и осознал некий факт о своем здоровье и возможностях его сохранения, что-то уже изменилось. Если врач проинформировал пациента – пациент проинформирован, если предупредил – пациент предупрежден, если предостерег – имеет предостережение и т.д.

Рассмотрим еще один пример: *«Иван Петрович, Ваш диализ - в утреннюю смену, в нечетный день недели (вторник, четверг, суббота), в зале № 7»*. Это уже не просто информирование пациента врачом, это – запись его в план (сопровождающаяся занесением больного в график работы отделения). Пациент, получивший это речевое сообщение, теперь будет приходить в назначенное время и в определенный диализный зал, поскольку понимает, что это его официальное расписание, в другое время и в другом зале аппараты «искусственная почка» заняты. По сути, здесь мы говорим о типе высказывания, которое Серль назвал бы декларацией, а Остин – перформативом. Реальность изменилась в том смысле, что отныне по нечетным дням недели в утреннюю смену в зале № 7 гемодиализ проходит у гипотетического Ивана Петровича.

Таким образом, на основе анализа теории речевых актов и особенностей просветительской деятельности, реализуемой врачом, мы можем выделить следующие виды речевых посланий по направленности воздействия на пациента и на действительность:

- *речевые послания врача, имеющие информативный характер* (апеллирование к сознанию пациента). Главной задачей такого вида речевых посланий становится донесение определенной информации до больного, его осведомление, информирование.

- *речевые послания врача, имеющие характер оказания влияния на поведение* (апеллирование к сознанию и поведению пациента).

- Также могут быть рассмотрены *речевые послания, изменяющие фактом своего произнесения существующее положение вещей*. Сюда могут быть отнесены перформативы (по таксономии Остина) или декларации (по



таксономии Серля). Отметим, что данный вид речевых посланий используется намного реже, чем предыдущие два. Предметом нашего дальнейшего анализа выступят именно первые два вида речевых посланий: имеющие информативный характер и имеющие характер воздействия на пациента (его поведение и т.д.).

В контексте просветительских интенций врача, рассмотренных в первой главе диссертации, мы можем выделить следующие типы просветительских речевых посланий.

1) высказывания, описывающие действительность психосоматического состояния пациента и ситуации его лечения. Такие высказывания могут быть названы дескриптивными;

2) высказывания, касающиеся разрешения и запрещения пациенту тех или иных форматов поведения. Поскольку эти высказывания устанавливают определенные нормы поведения, они могут быть названы деонтическими;

3) высказывания, связанные с достижением перлокутивного эффекта – возможного влияния, оказываемого высказыванием на пациента. Они могут быть названы перлокутивными высказываниями.

Мы предполагаем, что для реализации задач просветительской деятельности необходимо рассмотреть указанные виды речевых посланий. Для нас важны параметры, по которым мы можем составлять необходимые для нас высказывания с иллокутивной силой и относить их к определенному классу (классу посланий с информативной направленностью, либо посланий с направленностью на изменение поведения).

Как у Остина, так и у Серля, основными параметрами отнесения высказывания к определенному классу выступали глаголы: при анализе определенного речевого послания можно судить о том, к какому классу речевых актов можно отнести то или иное высказывание по тому глаголу, который может быть употреблен. Таким образом, основным критерием «разбивки» речевых посланий врача на интересующие нас виды становится отсылка в высказывании к определенным глагольным формам.

Нельзя не отметить, что не во всех просветительских речевых посланиях может быть использован непосредственно специфический глагол. Однако его всегда можно «мысленно подставить рядом» или задать соответствующий проверочный вопрос. Приведем такой пример. Высказывание *«Дневник давления позволяет следить за колебаниями артериального давления»* связано с донесением до пациента сведений о предназначении этого документа. Можно задать проверочный вопрос: «Что сейчас делает врач?» и ответить, что он осведомляет больного. При этом интенсивного воздействия на поведение больного данное речевое послание не окажет. Однако оно может оказать влияние на его сознание в том плане, что пациент теперь осведомлен, зачем нужен дневник давления.

Можно рассмотреть и другой пример: *«Иван Петрович, Вы обязательно должны измерять давление каждый день. Это очень важно, ведь иначе мы не увидим колебания Вашего артериального давления и не сможем подобрать правильную терапию, что крайне опасно для вашей сердечно-сосудистой системы»*. Приведенные два предложения, объединенные одной целью, являются способом убеждения. Мы можем мысленно задать вопрос: «Что в данном случае делает врач»? И ответить, что врач, произносящий это высказывание, убеждает пациента, приводя соответствующие аргументы. В том случае, когда по прошествии времени пациент продемонстрирует врачу аккуратно заполненный дневник давления за длительный период времени, мы можем сказать, что высказывание врача возымело перлокутивный эффект.

В целом, можно заключить, что при составлении речевых посланий необходимо уделять внимание своеобразию лексического состава, в частности, выбору «проверочных» глагольных форм. В рассмотренном выше примере нет собственно глагола «убеждаю», однако, есть такие слова и фразы, как «обязательно», «это очень важно». Сам смысл высказывания, наличие аргументов, объясняющих опасность несоблюдения рекомендации

по заполнению дневника давления также нацелены на то, чтобы произвести эффект воздействия на больного.

Особенностью большинства высказываний, способных оказывать влияние на когнитивную и поведенческую сферу пациента, является то, что они маркируются следующими лексемами: *по этой причине; учитывая все вышесказанное; вследствие того, что...; принимая во внимание то, что...; в связи с тем, что...; таким образом и т.п.* Маркерами перлокутивных высказываний выступают такие произносимые врачом слова и словосочетания как: *особо отмечу, подчеркну, далее я объясню* и ряд других.

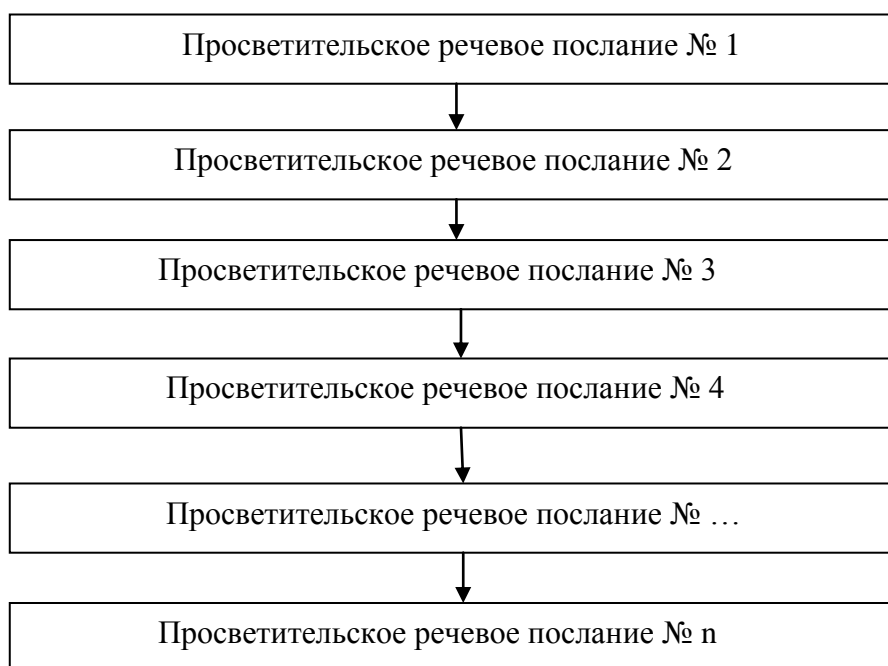
Таким образом, анализ предложения (или нескольких предложений) и используемых в нем слов, а также использование «проверочного вопроса» позволяет сделать вывод о попытке убеждения пациента. В речевых посланиях, связанных с информированием пациента (декриптивных) можно подставить следующие проверочные глаголы: сообщить, проинформировать, уведомить, оповестить и т.д. Для определения просветительских речевых посланий, связанных разрешением или запрещением определенного формата поведения (деонтических высказываний), могут использоваться такие глаголы как разрешать, запрещать. Для просветительских речевых посланий, связанных с оказанием влияния на поведение пациента (перлокутивных), можно использовать следующие проверочные глаголы: убеждать, влиять, воздействовать (на сознание и поведение).

Просветительский текст (содержащий комплекс просветительских речевых посланий) должен быть достаточно простым, для наиболее легкого усвоения на слух. Предлагаемую нами последовательность связи речевых посланий просветительского текста, то есть алгоритм выстраивания просветительских речевых посланий можно образно назвать «Лесенка». Такая композиция включает комплекс посланий, каждое из которых «вытекает» из предыдущего и логично с ним связано. Суть такой взаимосвязи можно описать следующим образом. Врач озвучивает первое просветительское речевое послание. Следующее за ним послание может либо

конкретизировать предыдущее, либо логически из него вытекать. Если некое речевое послание достаточно сложно по сути или требует, чтобы пациент обратил на него дополнительное внимание, можно адресовать больному послание идентичное по смыслу, однако облеченное в другую лексическую форму. Например, если существует некий момент, который представляет опасность для жизни больного, необходимо повторить информацию о нем несколько раз (безусловно, несколько в разной форме, но, сохраняя смысл). Важно чтобы пациент точно услышал и однозначно понял эту информацию, чтобы на этом «атоме смысла» было заострено его внимание. Таким образом, алгоритмически послания должны выглядеть следующим образом (рисунок 1):

Рисунок 1

**Алгоритм выстраивания просветительских речевых посланий в просветительском тексте**



Просветительская беседа, проводимая врачом с пациентом, должна строиться с учетом базовых правил ведения разговора. Соответственно, при создании просветительского текста также необходимо учитывать эти правила. На сегодняшний день в прагмалингвистике и теории речевых актов

предпринимаются попытки разработать правила, которые обеспечивали бы успешность речевого взаимодействия. Одной из таких попыток стала разработка Гербертом Полом Грайсом (H. Paul Grice) корпуса постулатов, повышающих эффективность речевого взаимодействия. Исследователем был сформулирован принцип кооперации, постулирующий следующее. Вклад говорящего в разговор должен соответствовать моменту и ситуации, в которых осуществляется взаимодействие, согласовываться с целями и направлением разговора [278].

Грайс выделял следующие значимые категории, которые должны быть приняты во внимание при планировании речевого общения: категории количества, качества, отношения и способа. Каждая из указанных категорий связана автором с определенными максимами, постулатами, следование которым способствует повышению эффективности взаимодействия в соответствии с принципом кооперации.

- Категория количества связана Грайсом с объемом информации, которую необходимо передать в процессе взаимодействия (сообщение должно быть настолько информативным, насколько это требуется; сообщение не должно содержать больше информации, чем требуется).

- Категория истинности подразумевает необходимость соблюдения следующего требования: не следует говорить того, что может быть ложным или не имеет достаточных оснований.

- Категория отношения связана с максимальной релевантности: необходимо не отходить от тех целей, которые преследуются в ходе взаимодействия.

- Категория качества связана с тем, как произносится сообщение (то есть не столько с содержанием, сколько со способом его донесения до слушателя). В данном случае необходимо соблюдать следующие требования (максимы): избегать неясности, двусмысленности, быть кратким и лаконичным [278].

В соответствии с рассмотренными положениями, можно заключить, что просветительский текст должен отвечать следующим требованиям (максимум):

1. «Максима информативности, или количества» (текст должен быть информативен настолько, насколько это требуется);

2. «Максима истинности, или качества» (в тексте не должно неподтвержденных сведений);

3. «Максима релевантности, или отношения» (текст должен быть релевантен целям коммуникационного взаимодействия);

4. Максима ясности, или способа изложения» (текст не должен содержать непонятных слов и формулировок, не должен нести в себе многозначность).

Проанализировав теоретические основы создания просветительских текстов, перейдем к попытке создать на практике просветительский текст.

Прежде всего, обратимся к массиву самих смыслов, которые должны быть переданы в ходе просветительской работы. Биомедицинский компонент просветительского текста обуславливается требованиями лечебного характера: в каждом конкретном медицинском случае существует ряд предписаний, которые человек, обратившийся к врачу, должен выполнять, чтобы поддерживать функции своего организма в оптимальном состоянии. Например, при диабете II типа необходимо соблюдать режим приема инсулина и придерживаться соответствующей диеты, а при хронической астме – бросить курить, соблюдать правильный режим дыхания и т.д. Такие медицинские предписания вытекают из физиологических особенностей организма и имеют четкую связь со стандартом лечения. Таким образом, просветительское биомедицинское содержание текста, которое должно быть доведено до сознания пациента, отражает медицинские требования и не подлежит корректировке. Эта информация должна быть предоставлена ровно в том объеме, который позволит пациенту максимально эффективно поддерживать жизнь и здоровье.

В целом, врач может говорить о питании, водно-питьевом режиме, двигательной активности, режиме сна, работы и отдыха, очередности приема лекарств, посещения врача или определенных лечебных мероприятий, способам профилактики заболеваний различной этиологии и т.д. Само содержание текста зависит от сущности заболевания и соматического состояния человека, обратившегося к врачу. Важно, чтобы адресуемые пациенту речевые послания были достаточно краткими, но при этом емкими, чтобы врач, в ходе ограниченного периода времени сумел уделить внимание не только просветительской деятельности, но и собственно клинической работе (диагностике, осуществлению медицинских манипуляций и т.д.). Такой подход представляется нам наиболее реалистичным.

В то же время врач должен уделять внимание прогностическому компоненту содержания (говорить, что будет, если пациент будет вести здоровьесообразный образ жизни), а также биоэтическому компоненту содержания (освещая смысложизненные вопросы здоровьесообразного образа жизни).

Поскольку рассмотреть все многообразие содержания просветительских посланий просто невозможно, мы предлагаем в дальнейшем рассматривать специфику посланий на примере посланий пациентам, получающим лечение гемодиализом. Эти люди страдают хронической болезнью почек V стадии, сопровождающейся необходимостью заместительной почечной терапии (как правило, гемодиализа – процедуры гемофильтрации при помощи специального аппарата) - длительного, регулярного, неприятного и требующего от пациента изменения стиля жизни, несоблюдение которого способно привести к летальному исходу [71].

Опишем процесс разработки просветительского текста для таких пациентов. Разработка текста происходила следующим образом.

Группа экспертов (2 врача нефролога и один диетолог; все являлись кандидатами медицинских наук) составила список наиболее значимых рекомендаций, связанных с ведением здоровьесообразного образа жизни для

таких пациентов. Список этих рекомендаций был предложен второй экспертной группе врачей (8 человек – 2 доктора медицинских наук, 6 кандидатов медицинских наук – нефрологи, диетологи, врач по лечебной физической культуре, психотерапевт), которой предстояло выбрать из предложенных наиболее релевантные высказывания, которые необходимо предоставить пациентам, получающим лечение гемодиализом. Данные экспертного опроса также были соотнесены с рекомендациями по вопросам здоровьесобразного поведения на гемодиализе.

По итогам проведенных процедур, эти рекомендации были оформлены автором диссертационного исследования в качестве просветительских речевых посланий с учетом базовых положений педагогической семиологии, лингводидактики, теории речевых актов, прагмалингвистики, коммуникативной лингвистики. Корпус разработанных посланий (просветительский текст) был предложен фокус-группе, состоящей из 4 специалистов – (группе экспертов, включающей двух нефрологов, диетолога, психотерапевта – 1 доктора медицинских наук и троих кандидатов медицинских наук). По итогам положительной оценки разработанного текста фокус-группой исследователей, было принято решение о его апробации. Сам текст выглядел следующим образом:

**Текст первой просветительской беседы врача с пациентом, который начинает лечение гемодиализом (комплекс речевых посланий о ведении нового образа жизни в условиях заместительной почечной терапии)**

***I. Биоэтический раздел (отражает биоэтический компонент содержания просветительского текста)***

- 1. При помощи соответствующего лечения и усилий с Вашей стороны мы сможем сохранить Ваши жизнь и здоровье – этот бесценный дар.*



2. Но Вы должны понимать, Ваше здоровье – это зона и Вашей ответственности тоже.
3. Вы должны сохранить здоровье и жизнь ради себя и своих близких, тех людей, кто в Вас нуждается.
4. Поддержание здоровья и сохранение жизни при помощи заместительной почечной терапии позволит Вам продолжать заниматься тем, что важно в Вашей жизни, тем, что Вы любите.
5. Никто кроме Вас не сможет полностью выполнять все необходимые лечебные предписания, назначенные врачом.

## **II. Прогностический раздел (отражает прогностический компонент содержания просветительского текста)**

6. Если Вы будете соблюдать все необходимые предписания и лечебный режим, продолжительность Вашей жизни будет долгой, практически такой же, как и у здоровых людей.
7. Если Вы будете соблюдать лечебный режим и сотрудничать с врачом по вопросам лечения, то мы сможем поддерживать качество Вашей жизни на максимально доступном высоком уровне.
8. Для того чтобы Вы смогли продолжать вести активную жизнь и заниматься тем, что любите, Вам необходим будет определенным образом перестроить свой образ жизни.

## **III. Основные сведения о лечении гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

9. Отныне гемодиализ – это жизненно необходимая для Вас процедура.
10. Гемодиализ – это процедура, позволяющая при помощи искусственного фильтра, вне организма, очищать кровь от накапливающихся в ней токсинов и лишней жидкости.

11. Сама процедура гемодиализа осуществляется посредством подключения к аппарату «искусственная почка».
12. У Вас на руке для этого сформирована артериовенозная фистула – соединение артерии и вены, обеспечивающее возможность доступа в систему крови для проведения процедуры гемодиализа.
13. Вы обязательно должны следить за гигиеной фистулы.
14. Если с фистулой возникнут какие-то проблемы, обязательно незамедлительно сообщите Вашему лечащему врачу.
15. Когда фистула придет в негодность, нужно будет сделать новую. В некоторых случаях для продолжения лечения требуется постановка центрального венозного катетера или имплантация сосудистого протеза.
16. Каждый сеанс гемодиализа длится минимум 4 часа.
17. Число сеансов в неделю и длительность процедуры определяется врачом индивидуально. Мы рассчитаем эти лечебные параметры на основе результата Ваших анализов и наблюдения за Вашим состоянием.
18. Процедура гемодиализа проводится в специальных залах, в каждом из которых одновременно могут находиться несколько человек.
19. При согласовании с персоналом во время сеанса можно спать, можно перекусить тем, что Вы взяли из дома, можно читать, слушать музыку или смотреть фильмы в наушниках.
20. Очень важно во время диализа соблюдать правило: не мешать другим пациентам.
21. Перед и по окончании сеанса гемодиализа необходимо взвешиваться.
22. Взвешивание перед диализом позволяет определить, сколько жидкости вы набрали с момента окончания предыдущей процедуры.
23. Взвешивание после гемодиализа позволяет определить, сколько жидкости было выведено из организма во время гемодиализа.

24. *Очень важно, чтобы за каждую процедуру из организма удалялось необходимое количество жидкости. Задача процедуры достичь «сухого веса»: Вашего индивидуального веса без лишней воды, такого, который будет Вам указан лечащим врачом.*

**IV. Режим посещения гемодиализа (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

25. *Ваша процедура гемодиализа будет проходить в зале № ... в первую/вторую/третью смену с ... (указывается время начала процедуры).*

26. *На гемодиализ Вам необходимо приходить регулярно три раза в неделю, так как только регулярные сеансы, минимум по 3 раза в неделю, смогут поддерживать Вашу жизнь.*

27. *Если не посещать гемодиализ минимум три раза в неделю, то сроки Вашей жизни будут непродолжительны. Помните, что двухразовый диализ недопустим.*

28. *Если Вы будете пропускать даже один сеанс в месяц, риск Вашей преждевременной смерти существенно возрастет.*

29. *Пропуск нескольких сеансов гемодиализа подряд приведет к тому, что в Вашем организме накопятся вредные вещества и лишняя жидкость. Все это может привести к остановке сердца или отеку легких и смерти.*

30. *Иногда, особенно если Вы нарушите необходимую диету, пропуск даже одного сеанса представляет угрозу для жизни. В случае прекращения посещения гемодиализа в течение нескольких дней наступает смерть.*

31. *Для сохранения Вашего здоровья и жизни имеет значение не только суммарный показатель длительности диализа за неделю, но и*

*длительность каждого сеанса. Именно поэтому важно провести (а Вам - вылежать) весь сеанс гемодиализа до конца.*

*32. Вы не должны пытаться сократить сеанс гемодиализа, как бы Вам не хотелось иногда уйти пораньше.*

*33. Необходимо помнить, что сокращение времени гемодиализа негативно сказывается на состоянии организма и продолжительности жизни.*

*34. Вы всегда должны приходить на диализ в назначенное время в назначенный день, какими бы ни были Ваше настроение, желание, обстоятельства и ситуации.*

*35. Если Вам необходимо уехать, обязательно сообщите об этом Вашему лечащему врачу.*

*36. В случае Вашего отъезда мы составим для Вас индивидуальный график.*

*37. Если Вы уезжаете надолго, обязательно нужно найти возможность диализа в месте пребывания и договориться о своевременном проведении процедур.*

*38. Чтобы отслеживать все показатели организма, Вы должны регулярно сдавать анализы.*

*39. Чтобы анализы были в норме, необходимо также соблюдать специальную диету.*

***V. Диета в условиях лечения гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)***

*40. Подходящий для Вас режим питания с учетом нюансов Вашего организма будет определен врачом диетологом или Вашим лечащим врачом-нефрологом.*

*41. Но Вам важно помнить, что существует ряд принципов и правил питания, которые Вам нельзя нарушать.*

42. Вам нельзя злоупотреблять продуктами, в которых содержатся те вещества, которые могут нанести непоправимый вред Вашему организму (например, натрий, калий, фосфор).
43. Нарушение принципов питания и чрезмерное употребление продуктов, богатых этими веществами, может привести к летальному исходу. Например, употребление большого количества таких продуктов, как помидоры, клубника, фасоль, дыня, картофель, бананы, сухофрукты, виноград, вызовет гиперкалиемию, которая способна повлечь остановку сердца.
44. В целом, нужно помнить, что суточное потребление калия не должно быть более 2 грамм.
45. Вам также нельзя употреблять пищу, богатую фосфором (молочные продукты, сыр, яйца, крупы). Потребление такой пищи приводит к гиперфосфатемии (накоплению неограниченных соединений фосфора в крови), а это влечет за собой нарушение кальций-фосфорного обмена, что становится причиной развития опухоли паращитавидных желез, повреждения костей, накопления соединений кальция и фосфора в сердечно-сосудистой системе и увеличения риска инфаркта и инсульта.
46. В день Вы можете употреблять белка около 1,2 грамма на килограмм массы тела. Такое количество белка необходимо для Вашего организма, поскольку во время гемодиализа может теряться много аминокислот, которые необходимо восполнять. В то же время, избыточное потребление белка приводит к образованию большого количества азотистого шлака, что дополнительно нагружает все системы организма.
47. Нужно снизить количество продуктов, содержащих натрий. Основной поставщик натрия в организм – это поваренная соль. Соответственно, Вы должны исключить из своего питания любые продукты, содержащие ее в большом количестве – полуфабрикаты,

колбасные изделия, консервированные изделия, сыр и т.д. В организме человека, получающего лечение гемодиализом, почки не могут удалить избыток натрия и жидкости из тела, в теле накапливается вода, что ведет к появлению отеков и повышению давления.

48. Нежелательно употреблять более 1-2 грамм поваренной соли в день.

49. Лучшие всего вообще отказаться от использования соли при приготовлении блюд, поскольку ее необходимый для организма минимум уже содержится естественным образом в некоторых продуктах (например, в овощах, фруктах).

50. При необходимости солите еду уже в готовом виде, так по вкусовым качествам пища будет казаться более соленой, но желательно вовсе воздержаться от досаливания еды.

51. Еда должна быть правильным образом приготовленной (лучше избегать жарения, консервирования). Пища, приготовленная этими способами, содержит много вредных веществ, в частности, натрия (при консервировании) и калия (при жарке продуктов с высоким содержанием калия, он весь остается в блюде). Еду рекомендуется отваривать, такой способ приготовления позволяет снижать концентрацию в пище вредных веществ, поскольку часть из них уходит в воду.

52. Питаться нужно регулярно, 4-5 раз в день. Это позволяет равномерно распределять нагрузку на пищеварительную и выделительную системы.

53. Пожалуйста, обратите особое внимание, что в сутки Вы должны выпивать не более 500 мл жидкости, так как большее количество жидкости создает излишнюю нагрузку на все системы организма.

54. *Обратите внимание на то, что с едой в организм также поступает вода, совокупное количество жидкости в еде и питье не должно превышать 1 литра.*
55. *С осторожностью следует употреблять продукты, богатые жидкостью, такие как арбузы.*
56. *Суммарно в промежутке между процедурами гемодиализа Вы можете накопить в организме жидкости не более 4% от массы тела.*
57. *В случае если Вы будете нарушать водно-питьевой режим и употреблять больше жидкости, чем положено, она будет скапливаться в организме в тканях, разовьется отек, повысится давление и нагрузка на сердце.*
58. *Ограничение потребления воды и соли также позволит нормализовать артериальное давление, избежать приступов гипертонии, гипотонии, судорог в ногах во время гемодиализа.*
59. *Для того чтобы быть спокойным по поводу питания, можно составить специальное диетическое меню, которое будет состоять только из разрешенных продуктов и всегда будет Вам помогать контролировать свой рацион. Блюда такого меню достаточно вкусны. Есть даже специальные книги рецептов для людей, которые находятся на гемодиализе. Относиться к питанию легкомысленно – отныне недопустимо, поскольку для Вас теперь это крайне опасно.*

**VI. Медикаментозная терапия в условиях лечения гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

60. *Для того чтобы поддерживать состояние различных систем организма, также назначается лекарственная терапия.*

61. Например, для того чтобы контролировать содержание фосфора, необходимо принимать фосфат-связывающие препараты.
62. При Вашем заболевании помимо фосфат-связывающих препаратов, необходимо также принимать ряд других медикаментов.
63. Многие медикаменты направлены на коррекцию осложнений при хронической болезни почек V стадии, таких, как неврологические, эндокринные нарушения, анемия, белково-энергетическая недостаточность и нарушения фосфорно-кальциевого обмена.
64. Со списком всех необходимых лекарств мы определимся, как только Вы сдадите все необходимые анализы.
65. Чтобы не переживать о том, что Вы можете забыть принять лекарства, можно завести специальную коробочку и в нее складывать таблетки на каждый день недели. Также Вы можете для себя составить график приема лекарств, в том числе, с помощью специальных приложений для смартфонов.
66. Помните, что режим приема лекарств – это очень серьезно. Обязательно следите, чтобы все лекарства были приняты. Вам нельзя пропускать прием таблеток.
67. Важно также ограничить употребление лекарств, которые оказывают на почки неблагоприятное воздействие (например, нестероидные противовоспалительные препараты, некоторые группы антибиотиков).
68. При приеме назначений от врачей других специальностей, сообщайте им, что находитесь на гемодиализе, для того, чтобы они могли подобрать соответствующую терапию, а после этих назначений и до приема этих препаратов обязательно посоветуйтесь со своим лечащим врачом-нефрологом.



***VII. Другие аспекты изменения образа жизни на гемодиализе (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)***

*69.Поскольку хроническая болезнь почек V стадии и лечение гемодиализом накладывают отпечаток на работу всех систем организма, важно следить за своим состоянием в целом.*

*70.Обязательно регулярно контролируйте свое артериальное давление, существует взаимосвязь между работой выделительной системы и артериальным давлением.*

*71.Если в работе какой-то из систем организма возникает ухудшение, Вы должны немедленно сообщить об этом Вашему лечащему врачу.*

*72.Важно соблюдать здоровый образ жизни в целом. Установлено, что пациенты, которые соблюдают рекомендованную выше диету не злоупотребляют курением, алкоголем, крепким кофе, чувствуют себя намного лучше. Вы самостоятельно можете убедиться в этом, пообщавшись с «опытными пациентами».*

*73.Также ведению здоровьесообразного образа жизни будут способствовать и регулярные занятия физической культурой в режиме щадящей нагрузки.*

*74.В целом, помните, что для Вас жизненно важно соблюдать рекомендованный режим.*

*75. Специалисты, сотрудники отделения гемодиализа, предоставят Вам необходимое лечение, консультации и помощь в решении возникающих со здоровьем сложностей, а Вы со своей стороны, должны будете соблюдать все рекомендации, касающиеся параметров лечения, режима жизни, диеты.*

*76.Ваше ответственное поведение, Ваше осознанное сотрудничество с врачом и ведение здоровьесообразного образа жизни позволит нам с*

*Вами долгие годы поддерживать оптимально возможное качество  
Вашей жизни.*

Созданный просветительский текст отражает специфику жизни пациентов, получающих заместительную почечную терапию. Для наиболее удобной работы с текстом, он также вынесен в приложение (приложение 1). Разработка просветительских текстов для людей, имеющих (реально или потенциально), другие проблемы со здоровьем, требует учета соответствующих биомедицинских рекомендаций.

Таким образом, в качестве теоретического основания разработки просветительских речевых посланий, выступает теория речевых актов. Возможности ее прикладного применения в рамках лингводидактики связаны с оказанием специфического воздействия на пациента: информирующего и убеждающего характера. Алгоритм выстраивания просветительских речевых посланий в просветительском тексте представляет собой «лесенку»: последовательное расположение высказываний, каждое из которых логически связано с предыдущим. В параграфе представлен просветительский педагогический текст, разработанный для пациентов с хронической болезнью почек V стадии, получающих заместительную терапию при помощи гемодиализа. Анализ эффективности просветительской работы, проводимой с использованием просветительского текста, будет представлен в параграфе 2.3.

### **2.3. Апробация алгоритма просветительского речевого взаимодействия врача и пациента**

Разработанный алгоритм просветительского речевого взаимодействия врача и пациента, направленный на формирование представлений о

здоровьесообразном поведении у пациентов с хронической болезнью почек V стадии, получающих лечение гемодиализом, потребовал практической апробации, которая проводилась с сентября 2011 по декабрь 2017 года. В исследовании приняли участие 123 пациента, имеющие диагноз «хроническая болезнь почек V стадии», и получающие заместительную почечную терапию гемодиализом в клиниках г. Санкт-Петербурга (клиника ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 15 Городская больница). Пациенты, принимавшие участие в исследовании, находились на начальных стадиях лечения гемодиализом. Средний возраст пациентов составлял  $55,01 \pm 13,83$  (min 19, max 77). Среди исследованных больных было 57 женщин (46%), 66 мужчин (54%). Все пациенты были когнитивно сохранны и не имели серьезных психических заболеваний.

Пациенты были разделены на экспериментальную и контрольную группы. С пациентами из экспериментальной группы проводилась просветительская беседа при помощи разработанного педагогического просветительского текста. С пациентами из контрольной группы осуществлялось стандартное взаимодействие, характерное для начальных этапов лечения гемодиализом. Экспериментальная группа состояла из 63 пациентов, (34 мужчины, 29 женщин), средний возраст –  $54,17 \pm 13,78$ . Контрольная группа включала 60 пациентов, (32 мужчины, 28 женщин), средний возраст  $55,9 \pm 13,94$ .

Просветительская педагогическая работа с пациентами из экспериментальной группы осуществлялась следующим образом. Врач проводил беседу, касающуюся особенностей ведения здоровьесообразного образа жизни в условиях хронической заместительной терапии гемодиализом. В процессе беседы врач адресовал пациентам разработанный педагогический просветительский текст, включающий комплекс просветительских речевых посланий. Эти послания также были продублированы в письменной форме и предлагались пациентам в качестве раздаточного материала.

Взаимодействие с пациентами осуществлялось на основании коллегиальной модели врачебной деятельности, предполагающей партнерство и паритетные отношения, которые признаются крайне значимыми при работе с больными, получающими лечение гемодиализом, поскольку эффективность терапии при данном виде лечения обуславливается сотрудничеством врача и пациента.

В рамках коллегиальной модели врач и пациент рассматриваются как своего рода партнеры, которые совместно борются с заболеванием, которое имеется у пациента. Главной целью их взаимодействия становится сохранение здоровья пациента. Эта модель предполагает полное информирование пациента о состоянии его здоровья, диагнозе, прогнозе лечения, способах, при помощи которых можно справиться с болезнью и сохранить здоровье [128]. При этом существуют и определенные сложности в применении коллегиальной модели: не каждый пациент готов к восприятию сложной информации медицинского характера, и не каждый доктор может изложить ее в доступной для больного форме. Различия в культурно-образовательном уровне, образе жизни врача и пациента также зачастую ведут к невозможности достигнуть взаимопонимания между этими двумя субъектами лечения. Сложности могут возникнуть и в связи с тем, что коллегиальная модель должна прийти на смену действующим моделям, то есть вытеснить другие модели взаимодействия врача и пациента, укоренившиеся в медицинской практике [128].

Тем не менее, внедрение коллегиальной модели считается наиболее оправданным в работе с пациентами, особенно с больными, имеющими длительные, хронические заболевания. Медико-психологические исследования, проведенные в московском медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова [8, 242] доказывают эффективность использования данной модели, поскольку она связана с повышением у пациента субъективной удовлетворенности лечением. В соответствии с этими положениями, разработанные для пациентов просветительские речевые

послания были сформулированы с опорой на основные характеристики, свойственные коллегиальной модели взаимодействия врача и пациента.

Также были приняты во внимание особенности пациентов. В процессе подготовки к педагогической просветительской беседе врач получал сведения об особенностях каждого конкретного больного из истории болезни, куда эти сведения заносились клиническим психологом, который, согласно стандарту лечения, есть в каждом отделении гемодиализа. В функционал такого специалиста входит сбор информации о больном, связанной, прежде всего, с попаданием на гемодиализ и дальнейшей адаптацией или возможной дезадаптацией в ситуации лечения. Таким образом, на основании полученных данных у врача появлялась возможность индивидуализировать процесс педагогического взаимодействия.

С целью более детальной адаптации текста просветительской беседы была использована информация о следующих психологических особенностях пациентов: уровни тревожности, экстраверсия и интроверсия, способы совладающего поведения и уровень субъективного контроля. Исследование этих особенностей осуществлялось с помощью следующих методик:

1. Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным (шкала тревоги Спилбергера-Ханина) – методика, позволяющая определить ситуативную тревожность (эмоциональную реакцию на определенную ситуацию) и личностную тревожность (отражающую свойство личности воспринимать большой диапазон ситуаций, как потенциально опасных, и определенным образом реагировать на него) [79, 302]. Уровень ситуативной тревожности у пациентов в среднем составлял  $40,79 \pm 7,8$  (min= 21, max=63), уровень личностной тревожности –  $43,03 \pm 7,33$ , min=27, max= 59).

2. Репертуар стратегий совладающего поведения изучался с помощью опросника способов совладающего поведения Лазаруса [104]. Наиболее активно пациентами использовались такие стратегии совладающего поведения, как Планирование решения проблемы, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки и Принятие ответственности. Положительная

переоценка и дистанцирование применялись чуть менее активно. Такие виды стратегий совладающего поведения, как конфронтационный копинг и бегство-избегание, применялись менее часто по сравнению с другими стратегиями. В целом, пациенты демонстрировали достаточно широкий репертуар копинг-стратегий. Средние значения по стратегиям совладающего поведения представлены в таблице № 1.

Таблица 1

**Копинг-стратегии, используемые пациентами (средние значения)**

| Копинг-стратегии, используемые пациентами |             |
|---|-------------|
| «Планирование решения проблемы»           | 71,54±16,98 |
| «Самоконтроль»                            | 69,39±16,38 |
| «Принятие ответственности»                | 66,36±17,44 |
| «Поиск социальной поддержки»              | 64,38±20,51 |
| «Положительная переоценка»                | 57,75±19,02 |
| «Дистанцирование»                         | 52,51±19,55 |
| «Конфронтационный копинг»                 | 47,62±19,25 |
| «Бегство-избегание»                       | 44,55±18,41 |

3. Анализ уровня экстраверсии-интроверсии осуществлялся при помощи личностного опросника Айзенка (EPI) [122]. В исследованной группе 14,2 % пациентов (9 человек) характеризовали высокие уровни экстраверсии и низкие уровни нейротизма (эти больные могли быть отнесены к типу сангвиников). 17,4 процентов (11 человек) имели низкие уровни экстраверсии и низкие уровни нейротизма (и могли быть отнесены к типу флегматиков). 39,6% (25 человек) имели сочетание высокого уровня нейротизма с низким уровнем экстраверсии (они могли быть отнесены к типу меланхоликов). 26,9% человек (17 человек) имел сочетание высокого уровня экстраверсии и высокого уровня нейротизма (холерики). Один человек (1,5%) демонстрировал «промежуточный уровень» между экстраверсией и интроверсией при высоком уровне нейротизма (холерик – меланхолик).

Подобные результаты (преобладание высокого уровня нейротизма среди исследованных больных), возможно, были обусловлены той стрессовой ситуацией, в которой находились пациенты к моменту начала педагогической работы с ними (наличие тяжелого соматического состояния и стресс от осознания необходимости пожизненного лечения гемодиализом).

4. Для оценки уровня субъективного контроля в различных сферах жизни пациента, в том числе в области здоровья, была использована методика «Уровень субъективного контроля», основанная на концепции локуса контроля Дж. Роттера, и адаптированная Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткингом. Был использован формат ответов, использующий 6-бальную шкалу с градацией от полного согласия (+3) до полного несогласия (-3) [13]. Результаты исследования уровня субъективного контроля представлены в таблице № 2.

Таблица 2

**Средние значения локуса контроля пациентов**

| Значения по методике УСК                  |           |
|---|-----------|
| Ио (общая интернальность)                 | 4,07±1,29 |
| Ид (в области достижений)                 | 5,33±1,64 |
| Ин (в области неудач)                     | 4,68±1,5  |
| Ис (в области семейных отношений)         | 5,26±1,72 |
| Ип (в области производственных отношений) | 4,22±1,37 |
| Им (в области межличностных отношений)    | 5,46±1,7  |
| Из (в области здоровья)                   | 4,14±1,85 |

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для больных были характерны умеренные уровни личностной и ситуационной тревожности, достаточно широкий репертуар копинг-стратегий и локус контроля, приближенный к норме. Также у пациентов более часто встречались высокие уровни нейротизма; в исследованной группе численно преобладали интроверты. Однако внутри исследованной группы больных картина была

неоднородной: встречались и пациенты с достаточно высокими уровнями ситуативной и личностной тревожности, и с низкими уровнями; пациенты, демонстрирующие высокие уровни напряженности различных видов копинга, пациенты как с экстернальным, так и с интернальным уровнем субъективного контроля. Таким образом, при планировании и реализации педагогической просветительской беседы каждым конкретным врачом принимался во внимание личный профиль больного, с которым он планировал и затем реализовывал просветительскую работу.

В целом, экспериментальная апробация разработанного просветительского педагогического текста включала следующие этапы. При проведении педагогической просветительской беседы, посвященной правилам ведения здоровьесообразного образа жизни в условиях лечения гемодиализом, врач должен был осветить различные вопросы, связанные с изменениями во всех областях жизни больного. Таким образом, врач, как педагог, был обязан донести до пациента универсальный блок информации, касающийся всех сфер жизнедеятельности пациента, затронутых заболеванием (прежде всего, режима посещения процедур, диеты, приема лекарств). Текст такой беседы включал комплекс универсальных высказываний, касающихся смысложизненных аспектов здоровьесообразного поведения; он также включал прогностический блок (освещающий вопросы прогноза жизни и здоровья в случае соблюдения и несоблюдения здоровьесообразного образа жизни) и собственно биомедицинский блок (включающий информацию относительно того, каким образом необходимо себя вести в условиях лечения). Используемая коллегиальная модель взаимодействия врача с пациентом предполагала детальное, на основе языка, понятного пациенту, объяснение каждого положения, касающегося его целесообразного в рамках лечения гемодиализом поведения (в том числе пищевого, фармакологического, дисциплинарного). Любая рекомендация врача была выстроена как тщательно обоснованная. К примеру:



1. Вам также нельзя употреблять пищу, богатую фосфором (молочные продукты, сыр, яйца, крупы). Потребление такой пищи приводит к гиперфосфатемии (накоплению неограниченных соединений фосфора в крови), а это влечет за собой нарушение кальций-фосфорного обмена, что становится причиной развития опухоли паращитовидных желез, повреждения костей, накопления соединений кальция и фосфора в сердечно-сосудистой системе и увеличения риска инфаркта и инсульта.

2. В день Вы можете употреблять белка около 1,2 грамма на килограмм массы тела. Такое количество белка необходимо для Вашего организма, поскольку во время гемодиализа может теряться много аминокислот, которые необходимо восполнять. В то же время, избыточное потребление белка приводит к образованию большого количества азотистого шлака, что дополнительно нагружает все системы организма.<sup>2</sup>

По итогам проведенной беседы врачом производилась оценка уровня усвоения знаний, полученных пациентом. Изучение уровня представлений о регламентах ведения здоровьесоборазного образа жизни, сформированных после проведения педагогической просветительской беседы, реализовывалось при помощи специально разработанного опросника (Приложение 2). С помощью опросника врач мог проконтролировать понимание пациентом всех важных сторон необходимого поведения, которые были заложены в контекст просветительской беседы.

Применение опросника позволило выявить уровень сформированности представлений о смысложизненных аспектах сохранения здоровья, понимание прогноза дальнейшей жизни и состояния здоровья в случае ведения здоровьесоборазного образа жизни и в случае его нарушения, а также, собственно биомедицинские аспекты поведения на диализе (насколько регулярно необходимо посещать процедуры, каким образом

---

<sup>2</sup> «Текст первой просветительской беседы врача с пациентом, который начинает лечение гемодиализом (комплекс речевых посланий о ведении нового образа жизни в условиях заместительной почечной терапии)». Весь текст см. в Приложении № 1.

питаться и т.д.). С этой целью респондентам были представлены соответствующие вопросы.

По итогам анализа результатов опросника были получены следующие результаты.

1. Девяносто восемь процентов пациентов экспериментальной группы (62 человека) охарактеризовали терапию гемодиализом как лечение, которое способно сохранять их жизнь и здоровье в течение долгих лет. В контрольной группе подобным образом охарактеризовали лечение также 98,3% пациентов (59 человек). В каждой из групп был один пациент, ответивший «не знаю», что возможно, было связано с тревогой, возникшей по поводу нового для него вида терапии.

2. Здоровье пациента в качестве зоны ответственности как врача, так и больного охарактеризовали 95,2% пациентов экспериментальной группы (60 человек) и 73,3 % пациента контрольной (44 человека) группы.

3. Правильный ответ на третий вопрос, о необходимости принимать рекомендованные препараты и перестроить распорядок своей жизни в соответствии с рекомендациями врача дали 98,4% (62 пациента) экспериментальной группы и 90 % (54 человека) контрольной группы.

4. Факт того, что гемодиализ является обязательной процедурой, был усвоен 96,8 % пациентов экспериментальной группы (61 человек) и 93,3 % пациентов контрольной группы (59 человек).

5,6. Правильные представления о фистуле, были сформированы у 96,8 % пациентов экспериментальной группы (61 человек) и 98,3 % контрольной группы (59 человек), о необходимости ее смены – у 92% пациентов экспериментальной группы (58 человек) и 88,3 % пациентов (53 человека) контрольной группы.

7. Адекватные представления о длительности сеанса диализа были сформированы у 96,8 % экспериментальной группы (61 человек) и 81,6 % контрольной (49 человек).

8. О том, как необходимо вести себя во время процедуры гемодиализа, правильные представления имели 100 % экспериментальной группы (63 пациента) и 96,6 % контрольной (58 пациентов).

9. Понимание причин взвешивания перед сеансом диализа и после сеанса было правильным у 100% пациентов экспериментальной группы (63 человек) и 81,6 % контрольной группы (49 человек).

10. Понимание того, чем опасны пропуски сеансов гемодиализа имело место у 98,4 % пациентов экспериментальной группы (62 человека) и 85 % контрольной группы (51 человек).

11. Правильные представления о веществах, входящих в состав продуктов питания, которые могут нанести вред здоровью, были сформированы у 100 % пациентов экспериментальной группы (63 человека) и 87,3% пациентов контрольной группы (55 человек).

12-13. Знания о продуктах, приводящих к гиперкалиемии были правильными у 100 % пациентов экспериментальной группы и 96,6 % контрольной группы (58 человек), о продуктах, приводящих к гиперфосфатемии были правильными у 100 % экспериментальной группы (63 пациента) и 96,6 % пациентов (58 человек) контрольной группы.

14. Представления о нормах потребления белка были адекватными у 96,8% экспериментальной группы (61 пациент) и 80% пациентов контрольной группы (12 человек).

15. Представления о правильном потреблении натрия было сформировано у 98,4 % (62 пациента) экспериментальной группы и 88,3 % контрольной группы (53 пациента).

16. Сто процентов пациентов (63 человека) из экспериментальной группы смогли правильно ответить, к каким последствиям приводит потребление соли человеком, получающим лечение гемодиализом. В контрольной группе правильный ответ дали 86,6% пациентов (52 человека).

17. Большинство пациентов как экспериментальной, так и контрольной групп, описали отваривание и тушение как наилучший способ приготовления пищи (100% и 90% соответственно).

18. О правильном режиме питания имели представление 100% экспериментальной группы (63 пациента) и 76,6 % пациентов (46 человек) контрольной группы.

19-20. Правильные знания о потреблении необходимого количества жидкости имелись у 100 % (63 пациента) экспериментальной группы и 83,3% пациентов контрольной групп (50 человек), о последствиях нарушения водно-питьевого режима – у 100 % пациентов экспериментальной группы (63 человека) и 88,3 % контрольной группы (53 человека).

21. О необходимости сопутствующей медикаментозной терапии сообщили 98,4% экспериментальной группы (62 человека) и 83,3% контрольной групп (50 человек).

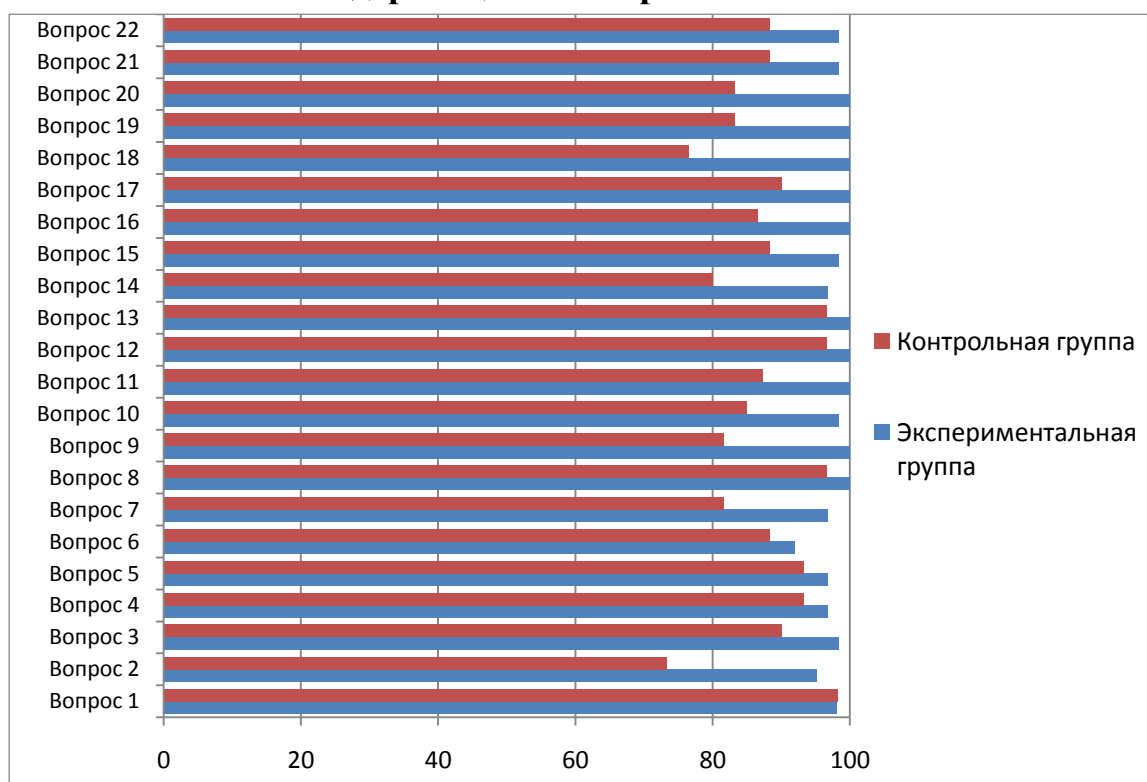
22. Правильные представления о факторах, обеспечивающих хорошее самочувствие человека, находящегося на лечении гемодиализом, были сформированы у 98,4% экспериментальной группы и 83,3% пациентов контрольной группы (50 человек).

Небольшой разброс данных в экспериментальной и контрольной группе свидетельствует о том, что у пациентов контрольной группы и на момент исследования были сформированы достаточно адекватные представления о регламенте ведения здоровьесобразного образа жизни. В то же время важно принимать во внимание, что даже несколько ошибочных представлений или забывчивость пациента могут сыграть роковую роль для здоровья и даже жизни больного. Так, в целом комплаентный пациент может употребить в пищу значительное количество помидоров или дыни и умереть от остановки сердца вследствие гиперкалиемии. Именно поэтому важно стремиться свести к нулю все возможные неправильные знания о лечении и режиме поведения на гемодиализе. Чем более точными и правильными будут знания пациента, тем больше вероятность сохранения его здоровья и жизни. На диаграмме №1

представлены уровни сформированности представлений о регламенте ведения здоровьесоборазного образа жизни на гемодиализе у пациентов экспериментальной и контрольной группы.

Диаграмма 1

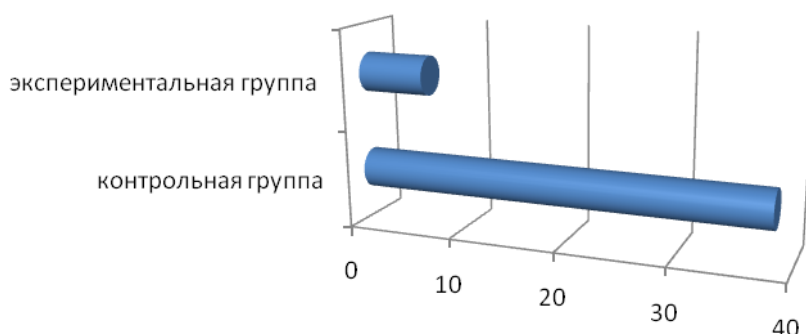
**Ответы пациентов, получающих лечение гемодиализом, из экспериментальной и контрольной групп на вопросы, содержащиеся в опроснике**



На диаграмме 2 представлены данные о количестве пациентов, нарушающих предписания врача в экспериментальной и контрольной группах.

Диаграмма 2

**Соблюдение режима лечения пациентами из экспериментальной и контрольной групп**



Анализ эффективности педагогической просветительской беседы был бы неполным, если бы не была произведена оценка поведения пациентов после проведения с ними педагогической просветительской беседы. В ходе контрольного этапа эксперимента осуществлялось наблюдение за поведением и состоянием пациентов экспериментальной и контрольной групп в динамике (в течение одного года). Наблюдение осуществлялось лечащими врачами и заносилось в историю болезни каждого пациента. Анализ данных из истории болезни позволил выявить, насколько пациенты усвоили полученные в процессе просветительской работы знания, стали соблюдать здоровьесобразный образ жизни и как это отразилось на их соматическом состоянии.

Согласно исследованиям, посвященным комплаентности пациентов получающих лечение гемодиализом, (то есть степени их приверженности здоровьесобразному поведению) существует три наиболее распространенных критерия нарушения комплаенса: пропуски сеансов диализа чаще, чем один раз в месяц, или регулярное сокращение длительности процедуры более чем на 10 минут; большие прибавки в весе, которые фиксируются в интервале между процедурами (как следствие нарушения режима питания и водно-питьевого режима); повышение уровня фосфора в крови по результатам анализов (как следствие нарушения режима приема фосфоросвязывающих препаратов) [39]. Таким образом, анализ поведения больных в течение года осуществлялся по следующим направлениям:

1. Регулярность посещения процедуры гемодиализа. Согласно стандартам лечения пациент должен посещать процедуру гемодиализа минимум 3 раза в неделю (в зависимости от особенностей соматического состояния каждого больного возможно большее количество посещений в неделю). Длительность каждой процедуры составляет 4-5 часов (в зависимости от рекомендаций врача, обусловленных соматическим состоянием каждого конкретного пациента).

2. Результаты анализов крови, по которым можно судить о правильном режиме приема медикаментов. Не отклоняющиеся по уровню содержания фосфора от рекомендуемой нормы показатели свидетельствовали о соблюдении режима приема фосфоросвязывающих лекарств.

3. Результаты измерения веса у каждого больного перед процедурой гемодиализа. Отсутствие сильных (чрезмерных) междиализных прибавок в весе свидетельствовало о соблюдении режима питания и водно-питьевого режима.

Все случаи нарушения режима лечения и предписаний врача фиксировались в историях болезни пациентов. По итогам анализа историй болезни пациентов, в которых были отражены особенности поведения пациентов, на основе указанных критериев в течение года было выявлено следующее. В контрольной группе предписанный режим лечения нарушали 23 пациента (38,3) – 10 женщин и 13 мужчин. Наиболее активные нарушения были выявлены в сфере питания и соблюдения водно-солевого режима 31,6% (19 человек). Менее активными были пропуски сеансов лечения и попытки сократить их, а также пропуски лекарств - 3,3% (2 человека).

В экспериментальной группе, прошедшей обучение при помощи просветительских речевых посланий, было выявлено 4 пациента (все 4 – мужчины), нарушающих предписанный лечебный режим (6,3%) пациентов. Два пациента нарушали режим питания, один пациент – пропускал сеансы лечения, еще один пытался их пропустить, однако, консультировался перед этим с врачом, который подобные пропуски запрещал.

Регулярные посещения гемодиализа большинством пациентов и соблюдение других врачебных рекомендаций большинством больных экспериментальной группы (93,7%) позволили верифицировать тот факт, что у большей части больных по итогам педагогической просветительской беседы появились устойчивые представления о смысло-жизненных аспектах сохранения здоровья, о значимости посещения процедур, регламенте лечения, и возможных последствиях нарушений предписаний врача. То есть,

пациенты усвоили те аспекты ведения здоровьесобразного образа жизни, которые врач сообщал в рамках просветительской беседы. Соблюдение необходимых предписаний (режима посещения диализа, режима питания и приема медикаментов) позволило верифицировать то положение, что человек осознал регламенты ведения здоровьесобразного поведения.

С целью подтверждения гипотезы исследования, была проведена статистическая обработка полученных в ходе эксперимента данных о взаимосвязи уровня знаний о здоровьесобразном поведении на гемодиализе, поведении и самочувствии пациентов экспериментальной и контрольной групп. Предварительно была проведена следующая процедура обработки (кодирования) данных.

Уровень понимания принципов ведения здоровьесобразного образа жизни на гемодиализе оценивался при помощи опросника. Результаты по опроснику были представлены в виде баллов (от 0 до 22).

Особенности поведения пациентов рассматривались следующим образом. В случае нарушения комплаенса пациенту присваивалось 0 баллов, в случае комплаентного здоровьесобразного поведения – 1 балл.

Обобщенные данные о самочувствии пациентов фиксировались аналогичным образом. В случае выраженных нарушений функционирования организма, выявленных по результатам анализов, пациенту присваивалось 0 баллов, в случае их отсутствия и достаточно скомпенсированного соматического состояния пациента – 1 балл.

Затем проводилась статистическая обработка этих данных с целью выявления взаимосвязи между указанными параметрами. В связи с этим, были проведены следующие процедуры.

1. С целью выявления взаимосвязи между уровнем понимания принципов поведения пациентов на гемодиализе и, собственно, комплаентным здоровьесобразным поведением, пациенты и в контрольной, и в экспериментальной группе были разделены на подгруппы по основанию комплаентности. При сравнении с помощью критерия Манна-Уитни



результатов подгрупп по опроснику (комплаентной и некомплаентной подгруппы) как в экспериментальной, так и в контрольной группе, были выявлены статистически значимые различия в области понимания принципов здоровьесообразного поведения (по баллам в опроснике) ( $p < 0,001$ ). Данный критерий непараметрической статистики был использован ввиду того, что данные не были согласованы с нормальным распределением. Полученные результаты представлены в таблице № 3.

Таблица 3

**Уровень понимания пациентами с комплаентным и некомплаентным поведением необходимости соблюдения принципов здоровьесообразного образа жизни**

|  | Подгруппа<br>некомплаентных<br>пациентов | Подгруппа<br>комплаентных<br>пациентов | p-значение |
|--|--|--|------------|
| Данные по опроснику<br>(экспериментальная<br>группа) | 18,75±0,95                               | 21,81±0,57                             | <0,001     |
| Данные по опроснику<br>(контрольная группа)          | 16,04±2,16                               | 21,43±0,86                             | <0,001     |

Таким образом, можно заключить, что есть существенные различия между уровнем понимания необходимости ведения здоровьесообразного образа жизни пациентами, которые входят в экспериментальную группу и пациентами, входящими в контрольную группу.

2. С целью выявления взаимосвязи между комплаентным здоровьесообразным поведением и самочувствием пациентов (обобщенными данными по результатам анализов) пациенты и в контрольной, и в экспериментальной группе также были разделены на подгруппы по основанию комплаентности. Количество некомплаентных пациентов (нарушающих здоровьесообразный образ жизни) в экспериментальной группе составило 6,3%, в контрольной группе – 38,3%. Проверка на

нормальность распределения показала, что данные не согласованы с нормальным распределением. При сравнении данных по подгруппам, р-значение по критерию хи-квадрат также составляло  $<0,001$ . Это позволяет сделать предположение о том, что есть существенные различия между соблюдением регламентов ведения здоровьесообразного образа жизни пациентами, которые входят в экспериментальную группу и пациентами, входящими в контрольную группу.

3. С целью выявления взаимосвязи между уровнем понимания принципов поведения на гемодиализе и самочувствием пациентов (обобщенным данным по результатам анализов) пациенты экспериментальной и контрольной группы были разделены на подгруппы по основанию самочувствия. Ввиду того, что данные не были согласованы с нормальным распределением, применялся критерий Манна-Уитни ( $p < 0,001$ ). Результаты представлены в таблице № 4.

Таблица 4

**Уровень понимания пациентами с компенсированным соматическим состоянием (по обобщенным результатам анализов) и пациентами с плохим самочувствием (по обобщенным результатам анализов) необходимости соблюдения принципов здоровьесообразного образа жизни**

|  | Подгруппа пациентов компенсированным соматическим состоянием | Подгруппа пациентов с плохим самочувствием | р-значение |
|--|--|--|------------|
| Данные по опроснику (экспериментальная группа) | 21,81±0,58   | 19,83±1,82                                 | <0,001     |
| Данные по опроснику (контрольная группа)       | 21,11±1,36   | 16,92±3,04                                 | <0,001     |

Таким образом, были найдены статистически значимые различия в уровне понимания пациентами из экспериментальной и контрольной групп

принципов здоровьесообразного поведения и уровнем их соматического состояния.

С целью анализа того, как обстояли дела в экспериментальной группе (то есть, как пациенты из этой группы понимали необходимость соблюдения здоровьесообразного режима и то, как выглядело их здоровьесообразное поведение, а также то, как их понимание и поведение соотносилось с соматическим состоянием) была проведена статистическая обработка данных. Использовался метод ранговой корреляции Спирмена. Были получены следующие результаты:

1. Существует прямая взаимосвязь между следующими показателями: уровнем знаний пациентов о значимости соблюдения регламентов ведения здоровьесообразного образа жизни и уровнем их приверженности здоровьесообразному поведению. Чем выше у пациентов уровень знаний о нормах здоровьесообразного поведения, тем более комплаентно они себя ведут, что подтверждается результатами статистического анализа ( $r_s = 0,783$ ;  $p < 0,001$ ).

2. Существует прямая взаимосвязь между следующими факторами: ведением здоровьесообразного образа жизни и позитивным скомпенсированным состоянием здоровья. Чем активнее пациент придерживался здоровьесообразного образа жизни, тем более скомпенсированным было его соматическое состояние, что подтверждается результатами статистического анализа соответствующих данных ( $r_s = 0,769$ ;  $p < 0,001$ ).

3. Существует прямая взаимосвязь между: уровнем понимания пациентом принципов ведения здоровьесообразного образа жизни в условиях заместительной терапии гемодиализом и соматическим состоянием пациента (по обобщенным результатам анализов), что подтверждается результатами статистического анализа соответствующих данных ( $r_s = 0,754$ ;  $p < 0,001$ ).

Анализ результатов проведенной статистической обработки данных позволяет прийти к следующим выводам.

1. Существует прямая взаимосвязь между следующими факторами: пониманием пациентом значимости соблюдения регламентов ведения здоровьесообразного образа жизни и его приверженностью здоровьесообразному образу жизни. Утверждение отражает особенности поведения пациентов, получающих заместительную почечную терапию при помощи гемодиализа, и комплаентно себя ведущих. Чем выше у пациентов уровень знаний о нормах здоровьесообразного поведения, тем более комплаентно они себя ведут.

2. Существует прямая взаимосвязь между следующими факторами: ведением здоровьесообразного образа жизни и позитивным скомпенсированным состоянием здоровья. Чем активнее пациент придерживался здоровьесообразного образа жизни, тем более скомпенсированным было его соматическое состояние, что подтвердилось результатами статистического анализа соответствующих данных.

3. Существует прямая взаимосвязь между: уровнем понимания пациентом принципов ведения здоровьесообразного образа жизни в условиях заместительной терапии гемодиализом и соматическим состоянием пациента (по обобщенным результатам анализов).

Полученные в ходе исследования результаты убедительно свидетельствуют о высокой эффективности просветительских бесед врача с пациентом, которые содержательно отстраиваются на фундаменте теории речевых актов и прикладных разработок лингводидактики, педагогической семиологии, лингвокультурологии и прагмалингвистики.

## Выводы по главе II

Разработка и апробация алгоритма просветительского речевого воздействия врача на пациента, описание и результаты которой приведены во второй главе, позволили прийти к следующим выводам.

1) В процессе реализации педагогической просветительской деятельности, врач адресует просветительский текст - устное (или письменное) речевое произведение, созданное врачом и адресованное человеку, обратившемуся за медицинской помощью, ориентированное на формирование у пациента представлений о смысле ведения здоровьесообразного образа жизни, прогнозах лечения, принципах и правилах поведения в условиях заболевания и лечения, состоящее из ряда специфических просветительских речевых посланий, логически между собой связанных, подчиненных единой цели и обладающих определенной стилистической окраской, обусловленной особенностями адресата, адресанта, а также ситуации их взаимодействия.

2) Содержание и композиция просветительского текста были определены на основании анализа исследований, посвященных просветительской деятельности врача и лингвистическим аспектам взаимодействия субъектов лечебного процесса. Содержательно просветительский текст включает следующие компоненты:

- биоэтическая составляющая (связанная со смысложизненными ориентациями больного на сохранение себя и своего здоровья);
- биомедицинская составляющая (включающая биомедицинские императивы, непреложные требования, которые и позволяют человеку сохранять свою жизнь и здоровье);
- прогностическая составляющая (подразумевающая озвучивание перспектив пациента, которые его ждут в случае ведения здоровьесообразного образа жизни).

3) Просветительский текст состоит из просветительских речевых посланий, каждое из которых представляет собой высказывание или

совокупность высказываний, несущих в себе способность оказывать влияние, способное изменить отношение, видение, понимание себя, другого, мира в целом (в данной работе речь идет об изменении понимания человеком просветительской информации, касающейся особенностей физического состояния и рекомендуемой модели поведения, связанной со здоровьем). Эти высказывания могут по-разному воздействовать на пациента и окружающую его действительность: информировать, убеждать, стимулировать к выполнению определенных действий; в отдельных случаях факт их произнесения может определенным образом менять действительность, (например, распорядок лечения).

В качестве теоретического обоснования разработки педагогических просветительских речевых посланий, которые позволяли бы изменять сознание и поведение пациента, выбрана теория речевых актов – одно из ключевых направлений прагмалингвистики, изучающей вопросы речевого воздействия. На основе анализа основных положений теории речевых актов и особенностей просветительской деятельности, реализуемой врачом, были выделены следующие виды просветительских речевых посланий:

- речевые послания врача, имеющие информативный характер (апеллирование к сознанию пациента). Главной задачей такого вида речевых посланий становится донесение определенной информации до больного, его осведомление.

- речевые послания врача, имеющие характер оказания влияния на поведение (апеллирование к сознанию и поведению пациента).

В контексте просветительских интенций врача, могут быть выделены следующие типы просветительских речевых посланий: дескриптивные высказывания (описывающие действительность психосоматического состояния пациента и ситуации его лечения); деонтические высказывания (касающиеся разрешения и запрещения пациенту тех или иных форматов поведения); перлокутивные высказывания (связанные с достижением

перлокутивного эффекта – возможного влияния, оказываемого высказыванием на пациента).

Анализ указанных видов речевых посланий, а также параметров, согласно которым то или иное просветительское послание может быть отнесено к определенному классу (посланий с информативным характером, либо посланий с характером воздействия) позволил заключить следующее. При составлении просветительских речевых посланий необходимо уделять внимание своеобразию лексического состава, в частности, выбору «проверочных» глагольных форм, которые могут быть использованы при анализе высказывания.

Предложен алгоритм выстраивания просветительских речевых посланий, предполагающий, что каждое просветительское речевое послание «вытекает» из предыдущего и логично с ним связано.

4) Разработка и апробация просветительского текста была произведена в рамках взаимодействия с пациентами, имеющими хроническую болезнь почек V стадии, и получающими лечение гемодиализом (требующим от пациента серьезного изменения стиля жизни). Апробация просветительского педагогического текста, ориентированного на формирование представлений о здоровьесообразном поведении у пациентов с хронической болезнью почек V стадии, получающих лечение гемодиализом, была произведена следующим образом. Взаимодействие с пациентами осуществлялось на основании коллегиальной модели врачебной деятельности, предполагающей партнерство и паритетные отношения. В ходе просветительского взаимодействия были приняты во внимание особенности пациентов. С целью более детальной адаптации текста просветительской беседы была использована информация о следующих психологических особенностях пациентов: уровни тревожности, экстраверсия и интроверсия, способы совладающего поведения и уровень субъективного контроля.

По итогам проведенной беседы врачом производилась оценка уровня усвоения знаний, полученных пациентом. Изучение уровня представлений о

регламентах ведения здоровьесобразного образа жизни, сформированных после проведения педагогической просветительской беседы, реализовывалось при помощи специально разработанного опросника. Было выявлено, что в экспериментальной группе количество верных ответов было больше, чем в контрольной. В то же время, разброс был небольшим, что могло свидетельствовать о достаточно адекватных представлениях у пациентов контрольной группы о регламенте здоровьесобразного поведения.

В ходе контрольного этапа эксперимента осуществлялось наблюдение за поведением и состоянием пациентов экспериментальной и контрольной групп в динамике (в течение одного года). Анализ данных из истории болезни (заполняемой врачом) позволил выявить, насколько эффективно у пациентов были сформированы навыки здоровьесобразного поведения. Анализ поведения больных в течение года осуществлялся по основным направлениям:

1. Регулярность посещения процедуры гемодиализа;
2. Результаты анализов крови, по которым можно судить о правильном режиме приема медикаментов;
3. Результаты измерения веса у каждого больного перед процедурой гемодиализа (согласно которым можно судить о соблюдении пациентом диеты и водно-питьевого режима).

Регулярные посещения гемодиализа большинством пациентов и соблюдение других врачебных рекомендаций большинством больных экспериментальной группы (93,7%) позволили подтвердить тот факт, что у большей части больных по итогам педагогической просветительской беседы появились устойчивые представления о смысложизненных аспектах сохранения здоровья, о значимости посещения процедур, регламенте лечения, и возможных последствиях нарушений предписаний врача.

Статистическая обработка полученных в ходе эксперимента данных позволила заключить следующее. Существует прямая взаимосвязь между



следующими факторами: 1) пониманием пациентом значимости соблюдения регламентов ведения здоровьесобразного образа жизни и его приверженностью здоровьесобразному образу жизни; 2) ведением пациентами здоровьесобразного образа жизни и позитивным скомпенсированным состоянием их здоровья; 3) уровнем понимания пациентом принципов ведения здоровьесобразного образа жизни в условиях заместительной терапии гемодиализом и соматическим состоянием пациента.

По результатам апробации разработанного алгоритма просветительского речевого воздействия врача на пациента можно сделать вывод его способности оказывать необходимое воздействие на адресата просветительского текста (пациента), формируя у него здоровьесобразное поведение, что подтверждает гипотезу исследования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе проведения диссертационного исследования были решены задачи, которые позволили теоретически обосновать и апробировать алгоритм просветительского речевого воздействия врача на пациента с целью формирования у человека, обратившегося к врачу, навыков здоровьесообразного поведения.

1.Одной из задач исследования стало исследование сущности и специфики просветительской деятельности, реализуемой врачом. В ходе решения этой задачи был проанализирован массив научно-педагогических исследований, посвященных феноменам просветительской деятельности и педагогики в медицине. Было выявлено, что просветительская деятельность связана с развитием человека в плане его «общежизненной компетентности» и ориентирована на отражение смысложизненных аспектов его бытия: каждый человек должен иметь достаточно широкие представления о себе, своей роли в мире, особенностях своей психической и телесной природы. Подобные представления должны формироваться у каждого человека, без них ему, как без определенных ориентиров, тяжелее выстраивать свою жизнь в сложном многообразном мире.

Просветительская деятельность, реализуемая врачом, понимается в данной работе как направление образовательной деятельности, ориентированное на развитие у человека осознанности собственного бытия, формирование ответственности за различные сферы своей жизни, связанные со здоровьем и телесностью. Она включает обучение различных групп населения (пациентов, их ближайшего окружения, представителей групп риска по здоровью, здоровых людей), ориентированное на формирование представлений по вопросам охраны здоровья, представлений о различных аспектах предотвращения заболеваний, на формирование необходимых для сохранения здоровья умений и навыков, а также развитие соответствующих

ценностей и мотивации самосохранительного поведения и здоровьесообразного образа жизни.

2. Вторая задача исследования была связана с определением лингводидактической специфики речевого воздействия врача на пациента.

На основании анализа научной литературы, посвященной исследованию психолого-педагогических, коммуникативно-лингвистических, когнитивно-лингвистических, прагмалингвистических, дискурсивных особенностей взаимодействия врача и пациента было выявлено, что приобщение человека здоровьесообразному образу жизни происходит благодаря педагогической просветительской деятельности, реализуемой врачом, посредством речевого воздействия. При этом основным инструментом педагогического просветительского влияния врача на пациента является язык.

Специфика речевого воздействия врача в процессе реализации педагогической просветительской деятельности заключается в следующем: частично искусственный характер профессионального медицинского языка, наличие лексической и статусно-ролевой асимметрии при взаимодействии врача и пациента, необходимость учета фактора адресата (личностных, социально-психологических и других особенностей обучающегося – пациента), наличие организационных ограничений, связанных с регламентом лечебного учреждения, биоэтическая и этико-деонтологическая направленность речевого воздействия врача в процессе реализации педагогической просветительской деятельности. Эти особенности должны быть приняты во внимание в процессе реализации педагогической просветительской деятельности, ориентированной на формирование здоровьесообразного образа жизни.

3. В ходе решения третьей задачи исследования, на основании анализа исследований в области педагогической семиологии, лингводидактики, лингвокультурологии и прагмалингвистики были выявлены теоретические основания моделирования просветительских текстов. Под просветительским

текстом врача, адресованным пациенту, в диссертационной работе понимается устное (или письменное) речевое произведение, созданное врачом и адресованное человеку, обратившемуся за медицинской помощью, ориентированное на формирование у пациента представлений о смысле ведения здоровьесообразного образа жизни, прогнозах лечения, принципах и правилах поведения в условиях заболевания и лечения, состоящее из ряда специфических просветительских речевых посланий, логически между собой связанных, подчиненных единой цели и обладающих определенной стилистической окраской, обусловленной особенностями адресата, адресанта, а также ситуации их взаимодействия. Базисом создания таких текстов является теория речевых актов (одно из ключевых направлений современной прагмативистики и лингвофилософии, исследующее возможности оказания речевого воздействия в процессе речевого взаимодействия).

4. Четвертая задача исследования заключалась в разработке содержания и структуры просветительских текстов, адресованных пациенту. Содержание и структура просветительского текста были определены на основании анализа исследований, посвященных различным аспектам просветительской деятельности врача (биоэтическим, психолого-педагогическим), также лингвистическим аспектам взаимодействия субъектов лечебного процесса. Просветительский текст включает следующие компоненты:

- биоэтическая составляющая (связанная со смысложизненными ориентациями больного на сохранение себя и своего здоровья);
- биомедицинская составляющая (включающая биомедицинские императивы, непреложные требования, которые и позволяют человеку сохранять свою жизнь и здоровье).
- прогностическая составляющая (подразумевающая озвучивание перспектив пациента, которые его ждут в случае ведения здоровьесообразного образа жизни);

Структура просветительского текста, адресованного пациенту, предполагает поэтапный переход от одного компонента ко второму и далее к третьему, что позволяет наиболее эффективно воздействовать на обучающегося.

5. Пятая задача исследования была связана с созданием корпуса просветительских речевых посланий. Под просветительским речевым посланием в работе понимается пронизанное единой целью высказывание или совокупность высказываний, несущих в себе способность оказывать влияние, способное изменить отношение, видение, понимание себя, другого, мира в целом (в данной работе речь идет об изменении понимания человеком просветительской информации, касающейся особенностей физического состояния и рекомендуемой модели поведения, связанной со здоровьем).

В качестве основного предмета рассмотрения были выделены следующие виды просветительских речевых посланий:

- речевые послания врача, имеющие информативный характер (апеллирование к сознанию пациента). Главной задачей такого вида речевых посланий становится донесение определенной информации до больного, его осведомление.

- речевые послания врача, имеющие характер оказания влияния на поведение (апеллирование к сознанию и поведению пациента).

На основании просветительских намерений врача, просветительские речевые послания можно классифицировать следующим образом.

1) дескриптивные высказывания (описывающие действительность психосоматического состояния пациента и ситуации его лечения);

2) деонтические высказывания, касающиеся разрешения и запрещения пациенту тех или иных форматов поведения;

3) перлокутивные высказывания, связанные с достижением перлокутивного эффекта – возможного влияния, оказываемого высказыванием на пациента.

Анализ указанных видов речевых посланий, а также параметров, согласно которым то или иное просветительское послание может быть отнесено к определенному классу (посланий с информативным характером, либо посланий с характером воздействия) позволил заключить следующее. При составлении просветительских речевых посланий необходимо уделять внимание своеобразию лексического состава, в частности, выбору «проверочных» глагольных форм, которые могут быть использованы при анализе высказывания.

Предложен алгоритм выстраивания просветительских речевых посланий (последовательность связи речевых посланий просветительского текста), предполагающий, что каждое просветительское речевое послание «вытекает» из предыдущего и логично с ним связано.

Практическая апробация разработанного на указанных теоретических основаниях просветительского текста, адресованного пациентам, была проведена на примере просветительской работы с пациентами, имеющими терминальную почечную недостаточность и получающими хроническую заместительную почечную терапию. Были выявлены следующие результаты.

Регулярные посещения гемодиализа большинством пациентов и соблюдение других врачебных рекомендаций большинством больных экспериментальной группы (93,7%) позволили подтвердить тот факт, что у большей части больных по итогам педагогической просветительской беседы появились устойчивые представления о смысложизненных аспектах сохранения здоровья, о значимости посещения процедур, регламенте лечения, и возможных последствиях нарушений предписаний врача.

Результаты статистической обработки полученных данных позволяют сделать следующие выводы:

1. Существует прямая взаимосвязь между следующими показателями: уровнем знаний пациентов о значимости соблюдения регламентов ведения здоровьесообразного образа жизни и уровнем их приверженности здоровьесообразному поведению. Чем выше был у пациентов уровень знаний

о нормах здоровьесообразного поведения, тем более комплаентно они себя вели, что подтверждается результатами статистического анализа ( $r_s = 0,783$ ;  $p < 0,001$ ).

2. Существует прямая взаимосвязь между следующими факторами: ведением здоровьесообразного образа жизни и позитивным скомпенсированным состоянием здоровья. Чем активнее пациент придерживался здоровьесообразного образа жизни, тем более скомпенсированным было его соматическое состояние, что подтверждается результатами статистического анализа соответствующих данных ( $r_s = 0,769$ ;  $p < 0,001$ ).

3. Существует прямая взаимосвязь между: уровнем понимания пациентом принципов ведения здоровьесообразного образа жизни в условиях заместительной терапии гемодиализом и соматическим состоянием пациента (по обобщенным результатам анализов), что подтверждается результатами статистического анализа соответствующих данных ( $r_s = 0,754$ ;  $p < 0,001$ ).

Эти факты убедительно свидетельствовали о высокой значимости просветительских бесед врача с пациентами в процессе лечения и о влиянии педагогической просветительской деятельности на состояние здоровья пациента, находящегося на гемодиализе. Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что разработанный алгоритм создания просветительских текстов, адресованных пациенту и направленных на формирование здоровьесообразного поведения, может использоваться в практической просветительской деятельности, реализуемой врачом. Полученные в исследовании результаты могут быть внедрены в практику профессиональной подготовки врачей и способствовать повышению коммуникативной компетентности специалистов в процессе осуществления ими просветительской деятельности.

Главные итоги проведенного исследования заключаются в следующем:  
а) эффективность просветительской деятельности врача зависит от ряда факторов, среди которых важнейшую роль играют – дизайн (структура) и

содержание речевых посланий врача, адресованных больному; б) высокая эффективность речевого (просветительского) воздействия на пациента достигается в том случае, когда речевое поведение врача выстраивается на основе теории речевых актов, разработок педагогической семиологии, лингводидактики, лингвокультурологии и прагмалингвистики.

Просветительская деятельность врача – это деятельность, превращающая пациента в осознанно борющегося со своим недугом, то есть способствующая тому, чтобы он стал носителем рационального понимания происходящего с ним и субъектом рационального поведения, сообразного его психофизическому состоянию. Просветительская деятельность врача – это помощь, оказываемая пациенту в решении крайне сложной задачи, состоящей в укреплении сил разума, способных вести его по пути выздоровления без потери нравственных смысложизненных ориентиров. Просветительская деятельность врача – это взаимодействие с пациентом, в контексте которого больному транслируется (передается) такая биоэтическая, биомедицинская и прогностическая информация, восприняв которую пациент приобретает возможность жить (в том числе лечиться) в согласии с адекватным пониманием состояния своего здоровья. Научить пациента вести такой образ жизни, способствовать тому, чтобы он стал умеющим вести себя сообразно своему состоянию здоровья, – и есть фундаментальная задача просветительской деятельности врача. И, по существу, такое понимание просветительской деятельности врача есть ничто иное, как производная от гениальной мысли И. Канта, призвавшего всех стать ответственными за себя, обрести способность опираться в своем бытии на свой рассудок, и доказавшего что девизом просвещенного человека должны стать слова «*Sapere aude!* – имей мужество пользоваться собственным умом!<sup>3</sup>».

---

<sup>3</sup> Кант, И. Ответ на вопрос: Что такое Просвещение? 1784 / И. Кант. Соч. в 6 Т. – М., 1966. – Т. 6. – С. 25-35.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамов, В.П. Семантические поля русского языка. Монография [Текст] / В.П. Абрамов. – М. – Краснодар: КУбГУ, 2003. – 238 с.
2. Абрамова, Г.А. Медицинская лексика: основные свойства и тенденции развития [Текст]: дисс. ... д-ра филол. Наук: 10.02.01. / Абрамова Галина Алексеевна. – Краснодар, 2003. – 312 с.
3. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни [Текст] / К.А. Абульханова-Славская. М: Мысль, 1991. – 299 с.
4. Азимов, Э.Г. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам) / Э.Г. Азимов, А.Н. Щукин. – М.: Изд-во ИКАР, 2009. – 448 с.
5. Акаева, Х.А. Лингводидактическая характеристика курса выравнивания уровня владения английским языком студентами нефтяного института [Текст] / Х.А. Акаева // LINGUA-UNIVERSUM 2009. – №4. – С. 12-15.
6. Александров, Ю.И. Психофизиологические особенности научения и методы обучения [Текст] / Ю.И. Александров // Психологический журнал. – 2012. Т. 33. - № 6. С. 5-19.
7. Аметов, В.С. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее [Текст] / В.С. Аметов, В.И. Балитов, Н.А. Черникова // Сахарный диабет. – 2012. – №1 – С. 71-77.
8. Амирян, М.Г. Медико-психологическая тактика ортопедического стоматологического лечения больных пожилого возраста с полным отсутствием зубов [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14. / Амирян Марианна Георгиевна. – М., 2013. – 145 с.
9. Ананьев, Б.Г. Развитие психофизиологических функций взрослых людей [Текст] / Б.Г. Ананьев; под ред. Б.Г. Ананьева, Е.И. Степановой. М.: Педагогика, 1977. – 200 с.

10. Ананьев, Б.Г. Способности и деятельность. Очерки психологии [Текст] / Б.Г. Ананьев. – Л.: Лениздат, 1945. – 160 с.
11. Анохин, А.М. Язык науки в медицинском знании [Текст] / А.М. Анохин, Т.Е. Веденская // Философия и общество. – 1998. – №4. – С. 158-182.
12. Антонова, И.С. О соотношении понятий языковое сознание и профессиональное языковое сознание [Текст] / И.С. Антонова // Социосфера. – 2010. – №4. – С. 52-57.
13. Бажин, Е.Ф. Метод исследования субъективного контроля [Текст] / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М.Эткинд // Психологический журнал. – 1984. – Т. 5. – № 3. – С. 152-162.
14. Байбородова, Л.В. Методология и методы научного исследования. Учеб. Пособие для бакалавриата и магистратуры [Текст] / Л.В. Байбородова, А.П. Чернявская. – М.: Юрайт, 2018. – 221 с.
15. Балашова, Е.А. Этическое поведение бухгалтера – основа профессионального сознания [Текст] / Е.А. Балашова // Сибирский торгово-экономический журнал. – 2016. – №3 (24). – С. 5-7.
16. Барсукова, М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача [Текст]: автореф. дис. ... канд. канд. филолог. наук:10.02.01/ Барсукова Марина Игоревна. – Саратов, 2007. – 21 с.
17. Батаршев, А.В. Диагностика профессионально важных качеств [Текст] / А.В. Батаршев, И.Ю. Алексеева, Е.В. Майорова. – СПб: Питер, 2007. – 192 с.
18. Башкуева, Т.Д. Формирование профессионально-коммуникативной компетентности специалистов: на примере обучения студентов медицинских профессий иностранному языку: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. / Башкуева Тамара Данзановна. М., 2006. – 210 с.
19. Бедрин, Л.М. Психология и деонтология в работе врача [Текст] / Л.М. Бедрин, Л.П. Урванцев. – Ярославль, 1988. – 123 с.

- 20.Белых, М.И. Педагогическая рефлексия подготовки современного врача [Текст] / М.И. Белых // Ярославский психологический вестник. – 2004. – Выпуск 11. – С. 77-78.
- 21.Бенвенист, Э. Общая лингвистика [Текст] / Э. Бенвенист. – М.: Прогресс. 1974. – 448 с.
- 22.Бергер, П. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания [Текст] / П. Бергер, Т. Лукман. – М.: Медиум, 1995. – 323 с.
- 23.Бим-Бад, Б.М., Педагогический энциклопедический словарь [Текст] / Б.М. Бим-Бад. – М.: Изд-во БРЭ. – 2002. – 559.с.
- 24.Битюцкая, Е.В. Опросник способов копинга: методическое пособие [Текст] / Е.В. Битюцкая. М.: ИИУ МГОУ, 2015. – 80 с.
- 25.Блумфилд Л. Язык [Текст] / Л. Блумфилд. М.: Прогресс, 1968. – 608 с.
- 26.Богин, Г.И. Философская Герменевтика [Текст] / Г.И. Богин. – Калинин: Изд-во Калининского университета, 1982. – 50 с.
- 27.Божович, Л.И. Проблемы формирования личности [Текст] / Л.И. Божович; под ред Д.И. Фельдштейна. – М.: МПСИ, 2001. – 352 с.
- 28.Большая Советская Энциклопедия [Текст]. М.: Советская Энциклопедия, 1972. – Т.8. – 591 с.
- 29.Бюлер, К. Теория языка [Текст] / К. Бюлер. М.: Прогресс. 1993. – 501 с.
- 30.Вайчук, Т.В. Философско-эпистемиологические аспекты теории речевых актов [Текст]: дис. ... канд. философ. наук: 09.00.01. / Вайчук Татьяна Викторовна. – М., 2000.– 138 с.
- 31.Ванчакова, Н.П. Исследование психологических особенностей пациентов с ХБП V стадии, находящихся на лечение гемодиализом, для разработки программы психологической коррекции с помощью аудиотерапии /Н.П. Ванчакова, А.В. Тишков, Н.В. Красильникова, Е.А. Вацкель // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Серия 12. 2013. Вып. №.4 С. 36-43.

32. Ванчакова, Н.П. Опыт балинтовских групп и проблемы контрпереноса в практике лечения больных с хронической почечной недостаточностью и хроническим гемодиализом [Текст] / Н.П. Ванчакова // Нефрология. – 2004. – Т. 7. №1. – С. 38-43.
33. Ванчакова, Н.П. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек с проблемами адаптации [Текст] / Н.П. Ванчакова // Нефрология. – 2002. – Т. 6. – №4. – С. 29.
34. Василик, М.А. Основы теории коммуникации: учебник [Текст] / М.А. Василик, М.С. Вершинин, В.А. Павлов [и др.]; под. ред. М.А. Василика. – М.: Гардарики, 2003. – 615 с.
35. Васильева, Е.Ю. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие [Текст] / Е.Ю. Васильева, М.Ю. Гайкина, Т.В. Тагаева. – Архангельск: Изд-во Северного Государственного Медицинского Университета, 2017. – 118 с.
36. Васильева, И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы и подходы к коррекции [Текст]: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. / Ирина Андреевна Васильева. – СПб., 2010. – 45 с.
37. Васильева, И.А. Копинг-стратегии больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом [Текст] / И.А. Васильева, Е.Р. Исаева, А.Ш. Румянцев, Е.В. Ткалина, О.Ю. Щелкова // Нефрология. – 2004. – Т. 8. – № 4. – С. 45-51.
38. Васильева, И.А. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом [Текст] / И.А. Васильева // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – № 57. – С. 75-86.
39. Васильева, И.А. Проблема несоблюдения лечебного режима больными, находящимися на лечении хроническим гемодиализом [Текст] / И.А.

- Васильева, Ю.С. Михеева // Нефрология. – 2003. – Т.7. – № 4. – С. 14-20.
40. Васкес Абанто, Х.Э. Формирование профессионального имиджа врача [Текст] / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес // The Unity of science: International Scientific Periodic Journal. – 2015. – № 2. – С. 129-132.
41. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуации [Текст] / Л.И. Вассерман. – СПб: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 38 с.
42. Вахтель, Н.М. Основы прагмалингвистики [Текст] / Н.М. Вахтель. – Воронеж: Изд-полигр. Центр Воронеж. Гос. Ун-та, 2008. – 34 с.
43. Вежбицка, А. Речевые акты [Текст] / А. Вежбицка // Новое в зарубежной лингвистике. – 1985. – Вып. 16. – С. 251-276.
44. Величко, О.В. Англо-французские заимствования в русской медицинской терминологии [Текст]: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.01. Величко Ольга Викторовна. – Астрахань, 2010. – 161 с.
45. Воропаева, И.В. Кодекс медицинской деонтологии российского врача [Текст] / И.В. Воропаева, А.В. Воропаев, Ю.С. Исаев // Сибирский медицинский журнал. – 2004. №3. – С. 106- 110.
46. Выготский, Л.С. Мышление и речь [Текст] / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 1999. – 352 с.
47. Гальперин, И.Р. Текст как объект лингвистического исследования [Текст] / И.Р. Гальперин. – М.: Наука, 1981. – 139 с.
48. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение общую в психологию [Текст] / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: «ЧеРо» при участии издательства «Юрайт, 2002. – 336 с.
49. Гиппократ. Избранные книги [Текст] / Гиппократ. М.: Сварог, 1994. – 736 с.

50. Гловинская, М.Я. Семантика глаголов речи с точки зрения теории речевых актов [Текст] / М.Я. Гловинская // Русский язык и его функционирование. Коммуникативно-прагматический аспект. М.: Наука, 1993. – С.158-218.
51. Голев, Н.Д. Обыденная медицинская коммуникация (виды дискурсивных практик) [Текст] / Н.Д. Голев, Н.Н. Шпильная // Вестник КемГУ. – 2012. – №1 (49). – С. 128-137.
52. Гофруа, Ж. Что такое психология [Текст]: в 2 т. – Т1. / Ж. Гофруа; пер. с франц. М.: Мир, 1992. – 496 с.
53. Григорьева, В.Н. Духовное развитие личности врача [Текст] / В.Н. Григорьева, В.Д. Трошин // Медицинский альманах. – 2007. – № 1. – С. 42-46.
54. Даниленко, В.П. Введение в языкознание [Текст] / В.П. Даниленко. Курс лекций. М.: ФЛИНТА. 2016. 288 с.
55. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации [Текст] / Д.С. Данилов // Неврология, психиатрия и психосоматика. – 2014 (2). – С. 4-12.
56. Дискурсивные практики патернализма. Дискурсивные практики современной институциональной коммуникации [Текст]: монография / Под науч. ред. Л.В. Куликовой. – Красноярск: Сиб. Федер. Ун-т, 2015. – 182 с.
57. Доброрадова, Л.В. Здоровый образ жизни как субъект исследования в различных отраслях науки [Текст] / Л.В. Доброрадова // Вестник ЧГПУ. – 2009. – №5. – С. 29-35.
58. Долинин, К.А. ИмPLICITное содержание высказывания / К.А. Долинин // Вопросы языкознания. 1983. № 6. – С. 37-47.
59. Доника, А.Д. Комплексный анализ формирования профессионально-значимых качеств у студентов медиков [Текст]: автореф. дис. ... канд.

- мед. наук: 14.00.52 / Алена Дмитриевна Доника. – Волгоград, 2005. – 24 с.
60. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита / Е.Л. Доценко. – М.: ЧеРО. Изд-во МГУ, 2000. – 344 с.
61. Дьяченко, С.В. Экспертиза ятрогений: Монография [Текст] / С.В. Дьяченко, А.В. Авдеев, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во Лидер, 2015. – 660 с.
62. Елина, Е.А. Семиотика рекламы [Текст] / Е.А. Елина. М.: Дашков и Ко, 2009. – 136 с.
63. Жеребило, Т.В. Словарь лингвистических терминов [Текст] / Т.В. Жеребило – Назрань: Пилигрим, 2010. – 486 с.
64. Жигарева, Е.А. Текст как семиотическая система [Текст] / Е.А. Жигарева // Вестник Актюбинского Университета им. С. Баишева. – 2009. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://articlekz.com/article/12371>
65. Жилиева, О.А. Роль языка в становлении профессиональной культуры врача [Текст]: дис. ... канд. культурологии: 24.00.01 / Жилиева Ольга Александровна. – Улан-Удэ, 2009. – 157 с.
66. Жура, В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении [Текст]: дис. ... д-ра. филол. наук: 10.02.19 / Жура Виктория Валентиновна. – Волгоград, 2008. – 406 с.
67. Журавлев, В.И. Методы педагогического исследования. Лекции. Учебное пособие для студентов пед. инстит. [Текст] / В.И. Журавлев. – М.: Просвещение, 1972. – 320 с.
68. Загвязинский, В.И. Методология и методы психолого-педагогического исследования: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст] / В.И. Загвязинский, Р. Атаханов. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 208с.

- 69.Заславская, Т.И. Социетальная трансформация российского общества: деятельность-структурная концепция [Текст] / Т.И. Заславская. – М.: Дело, 2002. – 568 с.
- 70.Звегинцев, В.А. Мысли о лингвистике [Текст] / В.А. Звегинцев. – М.: МГУ, 1996. – 336 с.
- 71.Земченков, А.Ю. Жизнь с хронической болезнью почек. Беседы с пациентом / А.Ю. Земченков, Р.П. Герасимчук, Т.Г. Костылева, К.А. Вишнеvский, Т.Ю. Виноградова, И.Г. Земченкова, В.Н. Сучков. – СПб. 2013. – 174 с.
- 72.Ибн Сина, А. А. Канон врачебной науки [Текст] / А.А. Ибн Сина. В 10 томах, М.: Амрита, 2007.
- 73.Изуткин, Д.А. Потенциал здоровья человека в контексте его социально-биологической сущности [Текст] / Д.А. Изуткин // Медицинский Альманах. – 2009. – №1 (6). – С. 21-25.
- 74.Изуткин, Д.А. Человек в системе взаимосвязи образа жизни и здоровья [Текст] / Д.А. Изуткин // Вестник ТГПУ. –2004. – Выпуск 2(39). – С. 90-92.
- 75.Изуткин, Д.А., Философские концептуальные аспекты взаимосвязи образа жизни и болезней [Текст] / Д.А. Изуткин, Н.Е. Смирнова // Вестник Пермского Университета. Философия. Психология. Социология. – 2017. – Вып. 1. – С. 14-19.
- 76.Ильин, Е.П. Психология индивидуальных различий [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб: Питер. – 2004. – 701.с.
- 77.Имамутдинова, Ф.Р. Реализация коммуникативной и когнитивной функции языка в речевой деятельности [Текст] / Ф.Р. Имамутдинова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2010. – №1. – С. 78-80.
- 78.Исламова, И.А. Введение в языкознание: учебное пособие [Текст] / Э.А. Исламова, Р.М. Болгарова. Казань. 2016. – 81 с.



79. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин)  
[Текст] // Диагностика эмоционально-нравственного развития; ред. и  
сост. Дерманова И.Б. – СПб, 2002. – С. 124-126.
80. Казаринова, И.Н. Методология и методы библиотечных и психолого-  
педагогических исследований. Альбом комментированных структурно-  
логических тем: учебно-методическое пособие [Текст] / И.Н.  
Казаринова. – М.-Берлин: Директ-Медия, 2014. – 95 с.
81. Калинина, А.М. Эффективное профилактическое консультирование  
пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и  
факторами риска: основные принципы. Часть 1 [Текст] / А.М.  
Калинина, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – №4. – 2013. –  
С. 8-12.
82. Каменская, О.Л. Текст и коммуникация: учебное пособие для ин-в и  
фак-в иностранных языков [Текст]. – М.: Высшая школа, 1990. – 152 с.
83. Кант, И. Ответ на вопрос: Что такое Просвещение? 1784 / И. Кант. Соч.  
в 6 т. – М., 1966. – Т. 6. – С. 25-35.
84. Канцельсон, С.Д. Речемыслительные процессы [Текст] / С.Д.  
Канцельсон // Вопросы языкознания. – 1984. – № 4. – С. 3-12.
85. Карасик, В.И. Языковая личность как предмет изучения  
антропологической лингвистики [Текст] / В.И. Карасик // Известия  
Волгоградского государственного педагогического университета. –  
2011. – Т8 (62). – С. 109-115.
86. Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. [Текст]  
Монография / В.И. Карасик. – Волгоград: Перемена, 2002. – 477 с.
87. Карачевцева, И.Н. Организация работы по формированию понимания  
читаемого текста младшими школьниками, имеющими общее  
недоразвитие речи, в условиях общеобразовательной школы [Текст] /  
И.Н. Карачевцева // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 133.  
– С. 267-272.

- 88.Кассирер, Э. Опыт о человеке. Введение в философию человеческой культуры [Текст] / Э. Кассирер // Избранное. Опыт о человеке. М.: Гардарика. 1988. – 784 с.
- 89.Кизима, А.А. О необходимости курса профессиональной языковой пропедевтики [Текст] /А.А. Кизима // Среднее профессиональное образование. – 2014. – №10. – С. 27-29.
- 90.Кикель, П.В. Краткий Энциклопедический словарь философских терминов [Текст] / П.В. Кикель, Э.М. Сороко. Минск. БГПУ. 2006. – 266 с.
- 91.Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст] / Е.А. Климов. – М.: Издательский центр "Академия", 2004. – 304 с.
- 92.Климова, О.Н. Проявление качеств, значимых для врача на разных этапах его становления [Текст] / О.Н.Климова, Н.А.Русина, С.М. Косенко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. – 2015. – №3 (32). – С. 9. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2015\\_3\\_32/nomer09.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2015_3_32/nomer09.php)
- 93.Коваленко, Е.И. Диагностика уровня морально-этической ответственности личности ординаторов 1 и 2 года обучения [Текст] / Е.А. Коваленко // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – №6. – С. 3.
- 94.Коврижкина, Л.Н. Пропедевтика биологического образования в начальной школе [Текст]: дис. канд. ... пед. наук: 13.00.02. / Лариса Николаевна Коврижкина. – Челябинск, 2002. –145 с.
- 95.Коледа, Е.П. Языковая суггестия в материалах информационно-пропагандистского характера [Текст] / Е.П. Коледа, О.И. Уланович // Сборник работ 69 научной конференции студентов и аспирантов Белорусского Государственного Университета в 3 частях. – Ч.2. – Минск, 2013. – С. 44-46.

96. Колшанский, Г.В. Коммуникативная функция и структура языка [Текст] / Г.В. Колшанский; под ред. Т.В. Булыгиной. – М.: Издательство ЛКИ, 2007. – 176 с.
97. Комиссаров, В.Н. Современное переводоведение. Учебное пособие [Текст] / В.Н. Комиссаров. – М.: ЭТС. – 2004. – 424 с.
98. Коробкова, А.В. Лингводидактические основы обучения иностранных студентов-стоматологов профессиональной речи [Текст]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02. / Коробкова Анастасия Валерьевна. – Нижний Новгород, 2010. – 280 с.
99. Королева, О.Л. Методическое обеспечение профессионально-ориентированного обучения иностранных студентов-медиков общению на русском языке в процессе подготовки к клинической практике [Текст]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Королева Ольга Леонидовна. – М., 2000. – 206 с.
100. Красовский, Б.П. Взаимодействие врача и пациента на Западе [Текст] / Б.П. Красовский // Социологические исследования. – 2002. – № 6. – С. 122-127.
101. Краткая философская энциклопедия [Текст]. – М: Издательская группа «Прогресс» - Энциклопедия». 1994. – 576 с
102. Крюкова, Т.Л. Опросник способов в совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93-112.
103. Кубрякова, Е.С. В поисках сущности языка. Когнитивные исследования [Текст] / Е.С. Кубрякова. М.: Знак, 2012. – 208 с.
104. Кувшинова, Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины [Текст] / Н.Ю. Кувшинова // Известия Самарского Научного Центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – №5(3). – С. 1014-1020.
105. Кудрявая, Н.В. Духовно-нравственные и просветительские аспекты врачебной деятельности в области инфекционных болезней /

- Н.В. Кудрявая, К.В. Зорин // Инфекционные болезни: Новости, мнение, обучение. 2015. - № 3. С. 8- 12.
106. Кудрявая, Н.В. Педагогика в медицине: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования [Текст] / Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, Н.Б. Смирнова, Е.А. Волошина, К.В. Зорин; под. ред. Н.В. Кудрявой. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 320 с.
107. Кудрявая, Н.В. Психология и педагогика в медицинском образовании [Текст] / Н.В. Кудрявая, К.В. Зорин, Н.Б. Смирнова, К.Е. Анашкина; под ред. Н.В. Кудрявой – М.: Кнорус, 2016. – 320 с.
108. Кузнецов, А.М. Юрислингвистика (Язык и право) [Текст] / А.М. Кузнецов, Л.С. Бурдин, Н.А. Солнцева. – М.: РАН ИНИОН. – 2006. – 69 с.
109. Кукушкин, С.К. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: соотношение андрагогической и педагогической моделей обучения [Текст] / С.К. Кукушкин, Е.А. Поддубская, Ю.В. Лукина, М.Г. Бубнова // Рациональная фармакотерапия в фармакологии. – 2009. – №2. – С. 98-102.
110. Куликов, С.И. Педагогические основания профессиональной деятельности современного врача [Текст]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Куликов Сергей Иванович. – Калининград, 2011. – 283 с.
111. Кулюткин Ю.Н. Психологические проблемы образования взрослых /Ю.Н. Кулюткин [Текст] // Вопросы психологии. – 1989. – №2. – С. 5-13.
112. Ларинский, Н. Толстой и медицина. Портал учреждений здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].URL: <http://uzrf.ru/publications/publicistika/nikolay-larinsky-tolstoy-i-medicina/>
113. Латенко, А.Ю. Профессиональное поведение специалистов-медиков и его компоненты [Текст] / А.Ю. Латенко // Альманах современной науки и образования. Тамбов. – 2009. – №4 (23). – В 2-х частях. – Ч II. – С. 88-89.

114. Левина, В.Н., Личностные качества врача в сотрудничестве с пациентом: учебное пособие [Текст] / В.Н. Левина. – Ижевск: ИГМА, 2016. – 60 с.
115. Лейтес, Н.С. Возрастные и типологические предпосылки развития способностей [Текст]: автореферат. дис. ... д-ра психол. Наук / Натан Семенович Лейтес. М, 1970. – 31 с.
116. Леонтьев, А.А. Высказывание как предмет лингвистики, психолингвистики и теории коммуникации [Текст] / А.А. Леонтьев // Синтаксис текста; отв. ред. Г.А. Золотова. – М., 1979. – С. 18-36.
117. Леонтьев, А.А. Основы психолингвистики [Текст] / А.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1997. – 287 с.
118. Леонтьев, А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания [Текст] / А.А. Леонтьев. – М.: Наука, 1969. – 308 с.
119. Леонтьев, А.А. Язык и разум человека [Текст] / А.А. Леонтьев. М.: Политиздат, 1965. – 128 с.
120. Леонтьев, А.Н. Биологическое и социальное в развитии психики человека [Текст] / А.Н. Леонтьев // Вопросы психологии. – 1960. – № 6. – С. 23-38.
121. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
122. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Изд-во МГУ, 1972. – 575 с.
123. Личностный опросник ЕРІ (методика Г. Айзенка) [Текст] / Альманах психологических тестов. М., 1995. – С. 217-224.
124. Лоншакова, Н.А. Профессиональное поведение преподавателя как предмет социологического исследования [Текст] / Н.А. Лоншакова, И.М. Лисовская // Вестник ЧитГУ. – 2007. – № 2 (43). – С. 146-152.

125. Лоцилин, Ф.Н. Язык, сознание и мышление [Текст] / А.Н. Лоцилин // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2014. – № 697.– С. 50-60.
126. Лукацкий, М.А. Горизонты становления педагогической семиологии [Текст] / М.А. Лукацкий // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2015. – № 1(37). – С. 139-148.
127. Лукацкий, М.А. Образовательный дискурс. От иллюзорного понимания к реальному достижению [Текст] / М.А. Лукацкий // Известия Российской Академии Образования. – 2016. – №4 (40) – С. 74-89.
128. Лукацкий, М.А. Психология: учебник [Текст] / М.А. Лукацкий, М.Е. Остренкова М.: ГОЭТАР-Медиа, 2017. – 704 с.
129. Лукацкий, М.А. Человек обучающийся. Homo educandis: от Античности до современности [Текст] / М.А. Лукацкий // Новое в психолого-педагогических исследованиях: теоретические и практические проблемы психологии и педагогики 2008. – №1. – С. 6-35.
130. Львов, М.Р. Основы теории речи: учеб. пособие для студ. высш. уч. завед. [Текст] / М.Р. Львов. – М.: Академия, 2000. – 248 с.
131. Маслов, Ю.С. Введение в языкознание [Текст] / Ю.С. Маслов. – М.: Высшая школа, 1987. –272 с.
132. Маслова, А.Ю. Введение в прагмалингвистику: учеб. пособие / А.Ю. Маслова. – М.: ФЛИНТА, 2014. – 149 с.
133. Матвеева, Г.Г. Основы прагмалингвистики: Монография [Текст]/ Г.Г. Матвеева, А.В. Ленец, Е.И. Петрова. – М.: Флинта: Наука, 2013. – 232 с.
134. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) ICD-10.Version:2016 [Электронный ресурс] – URL: [www.apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en](http://www.apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en)

135. Мечковская, Н.Б. Семиотика: Язык, Природа, Культура: Курс лекций: Учеб. Пособие [Текст] / Н.Б. Мечковская. – М.: Академия, 2008. – 432 с.
136. Мудров, М.Я. Избранные произведения [Текст] / М.Я. Мудров. – М.: Медгиз, 1949. – 295 с.
137. Музалевская, Л.В. Актуализация проблемы формирования биоэтического мышления студентов медицинского вуза [Текст] / Л.В. Музалевская, Н.Н.Блохина // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №2. – С. 141-143.
138. Нагапетян, К.Ж. Языковая Реальность в структуре мировоззрения этноса [Текст] / К.Ж. Нагапетян // Вестник Омского Университета. – 2011. – №1. – С.57-59.
139. Национальные рекомендации хроническая болезнь почек: основные положения, определения, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению [Текст] / А.В. Смирнов, Е.М. Шилов, В.М. Доброрадов [и др] // Нефрология. – 2012. Т. 16. № 1. – С. 89-115.
140. Нельсон-Джоунс, Р. Теория и практика консультирования [Текст] / Р. Нельсон-Джонс. – СПб: Питер, 2000. – 464 с.
141. Нелюбин, Л.Л. Толковый переводовеческий словарь [Текст] / Л.Л. Нелюбин – М.: ФЛИНТА: Наука, 2003. – 320 с.
142. Немченко, В.В. Введение в языкознание. Учебник для вузов. [Текст] – М.: Дрофа. 2008. – 703 с.
143. Нехорошкова, А.Н. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления [Текст] / А.Н. Нехорошкова, А.В. Грибанов, Ю.С. Джос // Экология человека. – 2016. – № 4. – С. 47-54.
144. Новейший философский словарь [Текст] / сост. А.А. Грицанов. – Мн.: Изд. В.М. Скачук, 1998. – 896 с.
145. Новодранова, В.Ф. Латинские основы медицинской терминологии: именное словообразование [Текст]: дис. ... д-ра филол.

- наук: 10.02.19. / Новодранова Валентина Федоровна. – М., 1990. – 501 с.
146. Оболонский, А.В. Этика и ответственность в публичной службе [Текст]/ А.В. Оболонский// Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – №1. – С. 7-32.
147. Общая и профессиональная педагогика [Текст]: учебное пособие / В.Д. Симоненко и М.В. Ретивых. Брянск: Изд-во Брянского Государственного университета, 2003. – Кн. 1. – 174 с.
148. Овчарова, М.В. Параллели между искусственными языками и языками программирования [Текст] / М.В. Овчарова, С.А. Хаустова Мат. IV Междун. Конф. «Филологические науки в России и зарубежом, 2016. – С. 43 – 45.
149. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка [Текст] /С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова / Российская АН; Российский фонд культуры М.: АЗ, 1995. – 928 с.
150. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений [Текст] / под ред. С.И. Ожегова, Н.Ю. Шведовой. – РАН. М.: Азбуковник. – 1999. – 944 с.
151. Озингин, М.В. Роль метафоры в структурировании и функционировании русской медицинской терминологии [Текст]: дисс. ... канд. филол. наук: 10.02.01. / Михаил Вячеславович Озингин. – Саратов, 2010. – 181 с.
152. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений [Текст] / И.П. Павлов. – М.-Ленинград: Изд-во АН СССР, 1951. – Т2. – Кн. 2. – 592 с.
153. Панов, М.В. Русская фонетика [Текст] / М.В. Панов. – М.: Просвещение. 1967. – 440 С.
154. Паршин, П.Б. Речевое воздействие: основные формы и разновидности [Текст]/ П.Б. Паршин // Рекламный текст: семиотика и лингвистика / Ю.К. Пирогова, А.Н. Баранов, П.Б. Паршин [и др.]. М.: Издат. Дом Гребенникова, 2000. – 270 с.



155. Пашков, К.А. Учебно-методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины. Для студентов лечебного факультета. – М., 2004. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://historymed.ru/upload/iblock/792/7923ce83c38c7d3b18094e413213f86e.pdf>
156. Педагогика. Учебное пособие для студентов пед. вузов и пед. колледжей [Текст] / под. Ред. П.И. Пидкасистого. – М.: Педагогическое общество России, 1998. – 640 с.
157. Педагогика: пособие для врачей-интернов [Текст] / Н.П. Ванчакова [и др.]; под ред. Н.П. Ванчаковой, В.А. Худика. – СПб: Издательство СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2007. – 65 с.
158. Педагогика: учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений [Текст] / Сластенин В.А., Исаев И.Ф., Мищенко А.И., Шиянов Е.Н. – М.: Школа-пресс, 1997. – 512 с.
159. Педагогика: учебный курс для аспирантов [Текст] / Н.П. Ванчакова [и др.] / под ред. Н.П. Ванчаковой. СПб: Издательство СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2015. – 172 с.
160. Педагогика: учебный курс для врачей-ординаторов [Текст] / Н.П. Ванчакова [и др.]; под. ред. Н.П. Ванчаковой, В.А. Худика. СПб: Изд-во ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2015. – 88 с.
161. Педагогическая энциклопедия [Текст] /под ред. А.И. Каиров, Ф.Н. Петров. М.: Советская энциклопедия, 1966. – 880 с.
162. Петренко, С.С. Проблемы эффективного речевого воздействия в аспекте психолингвистики / В.Ф. Петренко // Оптимизация речевого воздействия. М.: Наука. - 1990. – С. 18-31.
163. Петренко, В.Ф. Психосемантика сознания / В.А. Петренко. М.: Изд-во Московского Ун-та. –1988. – 208 с.
164. Петрова, Н.Н. Побочные эффекты терапии и комплаенс больных депрессией [Текст] / Н.Н. Петрова, Е.О. Кучер // Журнал неврологии и

- психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2012. – № 112(11). – С. 77-85.
165. Петрова, Н.Н. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к болезни и лечению гемодиализом [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18. / Петрова Наталия Николаевна. – СПб., 1997. – 38 с.
166. Петровский, А.В. Основы теоретической психологии [Текст] / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский М.: Инфра-М, 1998. – 528 с.
167. Пичугин, А.В. Беседа: разновидность интервью или самостоятельный жанр? [Текст]/ А.В. Пичугин, В.Б. Смирнов // Вестник Волгоградского государственного Университета. – 2005. – № 4. – С.118-121.
168. Поветкина, Ю.В. Текст как объект изучения лингвистики текста [Текст] / Ю.В. Поветкина // Иностранные языки в высшей школе. – 2005. – № 3. – С. 108-112.
169. Подласый, И.П. Педагогика. 100 вопросов – 100 ответов: учебное пособие для студентов вузов [Текст] / И.П. Подласый. – М.: Изд-во Владос-Пресс, 2006. – 365 с.
170. Подласый, И.П. Педагогика. Книга 3. Теория и технология воспитания [Текст] / И.П. Подласый. – М.: Владос, 2007. – 463 с.
171. Попова, З.Д. Семантико-когнитивный анализ языка. Научное издание [Текст] / З.Д. Попова, И.А. Стернин. – Воронеж: Изд-во «Истоки», 2007. – 250 с.
172. Потапова, М.В. Элективные курсы как дидактическое средство пропедевтики знаний, умений и навыков учащихся средней школы: Творческий поиск учителей: Книга для учителя [Текст] / М.В. Потапова – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2007. – 170 с.
173. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 973 «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-

- эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта» от 19 декабря 2016. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71487580/>
174. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» от 2 июня 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://base.garant.ru/71169514/>
175. Приказ министерства труда и социальной защиты № 612-н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог» от 4 августа 2017 г. [Электронный ресурс]. – URL:<http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.021.pdf>
176. Приказ Министерства труда и социальной защиты № 227-н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог» от 10 мая 2016 года [Электронный ресурс]. – URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.005.pdf>
177. Приказ Министерства труда и социальной защиты № 143-н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – сердечно-сосудистый хирург» от 14 марта 2018 г. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.008.pdf>
178. Приказ Министерства труда и социальной защиты от 14 марта 2018 года № 145-н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинико-лабораторной диагностики» [Электронный ресурс] – URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.032.pdf>
179. Приказ Министерства труда и социальной защиты от 27 марта 2017 года № 306-н об утверждении профессионального стандарта

- «Врач педиатр Участковый» [Электронный ресурс]. – URL: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.008.pdf>
180. Проект приказа министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог» (подготовлен Министерством Труда РФ 29.11.2017) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56636725/>
181. Проект приказа министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по терапии» (подготовлен Министерством Труда РФ 15.01.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56558653/>
182. Психологический словарь [Текст] / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
183. Пятигорский, А.М. Некоторые общие замечания относительно рассмотрения текста как разновидности сигнала [Текст] / А.М. Пятигорский // Структурно-типологические исследования. М.: АН СССР, 1962. – С. 144-154.
184. Рассолова О.А. Перформатив как показатель адресности высказывания / О.А. Рассолова // Вестник КРАУНЦ. Серия Гуманитарные науки. 2011. – №1(17). С. 106-125
185. Ревякин, Е.С. Самосохранительное поведение – понятие и сущность [Текст] / Е.С. Ревякин // Вестник Ивановского Государственного Энергетического Университета. – 2006. – Вып. 1. – С 1-4.
186. Реформатский, А.А. Введение в языковедение [Текст] /А.А. Реформатский; под ред. В.А. Виноградова. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 536 с.
187. Родионова, В.А. Педагогические проблемы школы пациентов [Текст] / В.А. Родионова // Ученые записки Санкт-Петербургского

- государственного университета им. акад. И.П. Павлова. Том XVIII - 2011. – №4. – С.10-11.
188. Рождественский, Ю.В. Лекции по общему языкознанию [Текст] /Ю.В. Рождественский. – М.: Высшая школа. – 1990. – 381 с.
189. Рожков, М.И. Теория и методика воспитания: учебник для студентов высшего профессионального образования [Текст] / М.И. Рожков, Л.В. Байбородова. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2012. – 415 с.
190. Российская социологическая энциклопедия [Текст] /под ред. Г.В. Осипова. – М.: Норма-Инфра-М, 1998. – 664 с.
191. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2002. – 720 с.
192. Рубинштейн, С.Л. Очерки, воспоминания, материалы: к 100-летию со дня рождения [Текст] / С.Л. Рубенштейн. – М.: Наука, 1989. – 440 с.
193. Рубцова, В.Л. Развитие профессионально-ориентированных экологических представлений студентов в вузе [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук. 13.00.08. / Виктория Леонидовна Рубцова. – Тамбов, 2008. – 228 с.
194. Ручимская, Е.А. О терминах семиотика, информация, коммуникация, знак [Текст] / Ручимская Е.М. // Русская речь. – 2012. – №1. – С.26-32.
195. Самарин, Д.А. Проблемы возникновения языка в лингводидактических концепциях В.А. Богородицкого и Г. Шухардта [Текст] / Д.А. Самарин // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2014. – № 3-2 (33). – С. 174-177.
196. Седов, В.М. Исследование дефиниций ятрогений [Текст] / В.М. Седов, В.Ю. Бибиков // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2009. – Т.11. – №1. – С. 8-12.

197. Сенюта, И.Я. Гуманитарный долг как профессиональная миссия и призвание медицинского работника: этико-правовые аспекты [Текст] / И.Я. Сенюта // Право и этика биомедицинской деятельности в России и за рубежом. Сборник научных статей под ред. Г.Б. Романовского, И.Я. Сенюты. Пенза: Изд-во ПГУ, 2014. – 196 с.
198. Серль, Дж. Основные понятие исчисления речевых актов / Дж. Серль, Д. Вандервекен [Текст] // Новое в зарубежной лингвистике. – 1986. – Вып. 18. – С. 242-264.
199. Силуянова, И.В. Биоэтика в России: ценности и законы [Текст] / И.В. Силуянова. – М.: Грантъ, 2001. – 192 с.
200. Симаева, С.Н. Педагогическая компетенция будущего врача: опыт применения методики взрослых пациентов [Текст] / С.Н., Симаева, С.И. Куликов // Вестник БГУим. И. Канта. – 2011. – №4. – С. 47-53.
201. Словарь русского языка: в 4. Т. [Текст] / под ред. А.П. Евгеньевой. Т. 2. К-О. М.: АН СССР. Инс-т русского языка, 1982. – 736 с.
202. Словарь русского языка: в 4 Т. [Текст] / под ред. А.П. Евгеньевой –М.: Русский язык, 1984. Т.4. С-Я. – 794 с.
203. Слюсарева, Н.А. Лингвистический энциклопедический словарь [Текст]. – М. Советская энциклопедия; гл. ред. В.Н. Ярцева. – М.: Директмедиа Пабблишинг, 2008. – 5987 с.
204. Слюсарева, Н.А. Проблемы функционального синтаксиса современного английского языка [Текст] / Н.А. Слюсарева. – М.: Наука, 1981. – 206 с.
205. Слюсарева, Н.А. Проблемы функциональной морфологии современного английского языка [Текст] / Н.А. Слюсарева. – М.: Наука, 1986. – 214 с.
206. Соколов, В.М. Специфика формирования биоэтической ответственности личности в условиях высшей медицинской школы

- [Текст] / В.М. Соколов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 568.
207. Солнцев, В.М. Язык как системно-структурное образование [Текст] / В.М. Солнцев. – М. Наука, 1971. – 294 с.
208. Соложенкин, В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебник для студентов высших учебных заведений [Текст] / В.В. Соложенкин. – М.: Академический проект, 2003. – 304 с.
209. Солсо, Р.Л. Когнитивная психология [Текст] / Р.Л. Солсо. – М.: Тривола, 1996. – 600 с.
210. Соссюр, Ф. де Курс общей лингвистики [Текст] / Ф. де Соссюр. М.: Комкнига, 2006. – 256 с.
211. Справочник по психиатрии детского и подросткового возраста [Текст] / под ред. Ц.Ю. Циркина. – СПб: Питер, 2004. – 896 с.
212. Степанов, Ю.С. Семиотическая структура языка (три функции и три формальных аппарата языка) [Текст] / Ю.С. Степанов. – Из-во АН СССР, 1973. – Т. 32. – 576 с.
213. Степанов, Ю.С. Язык и метод [Текст] / Ю.С. Степанов – М.: Языки русской культуры. – 1998. – 784 с.
214. Стернин, В.И. Фактор адресата в речевом воздействии [Текст] / В.И. Стернин. – Воронеж: Истоки, 2012. – 51 с.
215. Стернин, И.А. Основы речевого воздействия [Текст] / И.А. Стернин. Учебное издание. Воронеж: Истоки. 2012. – 178 с.
216. Стилистический энциклопедический словарь русского языка [Текст] / под ред. Н.М. Кожинной. – М. Флинта: Наука, 2011 – 696 с.
217. Сухобская, Г.С. Психологические аспекты проблемного обучения и развитие познавательной активности взрослых обучающихся [Текст] / Г.С. Сухобская // Вопросы психологии -. 1984. – № 5. – С.45-48.
218. Тагаева, Т.В. Формирование готовности студентов медицинского вуза к педагогической деятельности [Текст]: дис. ... канд. пед. наук:

- 13.00.08 / Тагаева Татьяна Владимировна. – Великий Новгород, 2015. – 202 с.
219. Тарасов, Е.Ф. Методологические и теоретические проблемы речевого воздействия [Текст]/ Е.Ф. Тарасов // Оптимизация речевого воздействия; отв. Ред. Р.Г. Котов. – М.: АН СССР. Ин-т языкознания. 1990. – С. 5-18.
220. Тельнюк, И.В. Роль педагогики в повышении квалификации врачей на этапе постдипломного обучения / Тельнюк И.В. // Человек и образование. – 2013. – №4 (37). – С. 63-65.
221. Теплов, Б.М. Проблемы индивидуальных различий [Текст] / Б.М. Теплов. – М. 1961. – 256 с.
222. Тихомирова, Е.Е. Культурный универсализм естественного языка [Текст]: дис. ... канд. культурологии: 24.00.01 / Елена Евгеньевна Тихомирова. – Новосибирск, 2009. – 222 с.
223. Тураева, З.Я. Лингвистика текста. Текст: структура и семантика: учебное пособие [Текст] / З.Я. Тураева. – М.: Просвещение, 1986. – 127 с.
224. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации): Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 №1085 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности Нефрология (Уровень подготовки кадров высшей квалификации) (Зарегистрировано в Минюсте России 28.10.2014 №34482) [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvoord/310843\\_Nefrologiya.pdf](http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvoord/310843_Nefrologiya.pdf)
225. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета): Приказ Минобрнауки России № 95 от 9



- февраля 2016. [Электронный ресурс] - Режим доступа:  
<http://fgosvo.ru/uploadfiles/fgosvospec/310501.pdf>
226. Федурко, Е.В. Некоторые особенности обратной связи в процессе коммуникации врача и пациента [Текст] / Е.В. Федурко // Филологические науки. Вопросы теории и практики. В 3 частях. Ч. II. – 2014. – №10 (40). – С. 185-187.
227. Филлмор, Ч. Об организации семантической информации в словаре [Текст] / Ч. Филлмор // Новое в зарубежной лингвистике; под ред. Т.С. Зевахиной. Б.Ю. Городецкого – М. Прогресс. – 1983. – 399 с.
228. Философский словарь [Текст] / под ред. И.Т. Фролова. М.: Политиздат, 1991. – 560 с.
229. Формановская, Н.И. Речевое взаимодействие. Коммуникация и прагматика / Н.И. Формановская. М.: Икар. 2007. – 408 с.
230. Формановская, Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический аспект [Текст] / Н.И. Формановская. М.: Русский язык. – 2000. – 216 с.
231. Фортунатов, Ф.Ф. Сравнительное языковедение [Текст] /Ф.Ф. Фортунатов // Избранные труды. Т.2.– М., 1956. – 924 с.
232. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными [Текст] / И. Харди; пер. с венг. М. Алекса. – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. – 388 с.
233. Харитонов, А.М. К вопросу о происхождении языка и путях его этнического развития [Текст] / А.М. Харитонов // Методологические основы современных лингвистических исследований. Сборник научных трудов; под ред. Е.В. Болотовой. 2017 С. 52-57.
234. Хехтель, А.С. Лингвометодические основы обучения культуре профессионального общения студентов медицинских специальностей [Текст]: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Хехтель Анна Сергеевна. – М., 2008. – 155 с.

235. Хитров, Н.А. Киста Бейкера: варианты течения, сонографический контроль и лечение / Н.А. Хитров // Современная ревматология. – 2009. – №1. – С. 44-48.
236. Чернышев, Б.В. Зависимость прохождения альфа-тренинга от экстраверсии и нейротизма [Текст] / Б.В. Чернышев // Бюллетень Сибирской Медицины. – 2013. – Т. 12. – № 2. – С. 72-79.
237. Шадриков, В.Д. Психологический анализ деятельности. Системогенетический подход [Текст] / В.Д. Шадриков. – Ярославль, 1979. – 91 с.
238. Шамов, Т.А. О взаимоотношении этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права [Текст] / Т.А. Шамов // Тверской Медицинский Журнал. – 2013. – №11. – С. 114-124.
239. Шелестюк, Е.В. Речевое воздействие: онтология и методология [Текст]: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.19 / Шелестюк Елена Владимировна. – Челябинск, 2009. – 303 с.
240. Шкляр, И.А. Уроки изучения новой буквы в основной период обучения новой грамоте [Текст] / И.А. Шкляр // Филологическое образование в период детства. – 2016. – № 23. – С. 97-102.
241. Шманова, А.Н. О пропедевтической лингвокультурологической подготовке [Текст] / А.Н. Шманова // Вестник Дагестанского Государственного Университета. – 2013. – № 3. – С. 215-219.
242. Шогенова, М.Х. Обоснование медико-психологической тактики лечения пациентов врачом стоматологом общей практики [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14. / М. 2010. – 120 с.
243. Шостром, Э. Человек – Манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации [Текст] / Э. Шостром. М.: Апрель-Пресс, 2008. – 192 с.
244. Этимологический словарь М. Фасмера. в. 4 Т. [Текст] / пер. с нем. О.Н. Трубочева. – Т3. – М.: Прогресс, 1987. – 832 с.

245. Этимологический словарь русского языка [Текст]. – Составитель Г.А. Крылов СПб: ООО «Полиграфуслуги», 2005. – 432 с.
246. Юдин, Б.Г. Введение в биоэтику [Текст] / Б.Г. Юдин – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.
247. Языкознание. Большой энциклопедический словарь [Текст] / гл. ред. В.Н. Ярцева. М.: Большая Российская Энциклопедия, 2000. –688 с.
248. Якушкина, М.С. Просветительство как ресурс развития образования взрослых государств-участников СНГ [Текст]: коллективная монография / М.С. Якушина, М.Р. Илакавичус, И.И. Якушкина, Г.О. Матина, Р.А. Амбурцев, Т.А. Загривная, Л.А. Кожемякина; под ред. М.С. Якушкиной. – СПб: СПб ИУО РАО, 2016. – 237 с.
249. Ярошевский, М.Г. История психологии от Античности до середины XX века: учеб. пособие [Текст]/ М.Г. Ярошевский. – М., 1996. – 416 с.
250. Ясько, Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качеств врача [Текст] / Б.А. Ясько // Психологический журнал. – 2004. – Т.4. – № 3. – С. 71-81.
251. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [Text]. – New-York: WHO, 2003. – 194 p.
252. Alaistar, J. J. Personality and Language: the projection and perception of personality computer-mediated communication [Text] / J.J. Alaistar: Doctor of Philosophy. – Edinburgh: Institute for Communicating and Collaborative Systems. Schools of Informatics. University of Edinburgh, 2003. – 323 p.
253. Andorno, R. The dual role of human dignity in bioethics [Text] / R. Andorno // Medicine, Healthcare and Philosophy. – 2013. – Vol 16. (4). – P. 967-973.
254. Austen, J. How to do things with words [Text] / J. Austen. – Oxford: Oxford University Press, 1962. – 174 p.

255. Baraz, S. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having hemodialysis [Text] / S. Baraz, S. Parvadah, E. Mohammadi B.Broumand // Journal of advanced nursing. – 2010. Vol. 66(1). – P. 60-68.
256. Barnett, T. Fluid compliance among patients having hemodialysis: can an education program make a difference? [Text] / Li Yoong T., Pinikahana J. Si-Yen T. // Journal of advanced nursing. – 2008. – № 61(3). – P. 300-306.
257. Beitz, J.M. Education for health promotion and disease prevention: convince them, don't confuse them [Text] / J.M. Beitz // Ostomy and Wound Management. – 1998. – Vol. 44 P. – 71-76.
258. Bitzer, E.M. Health Literacy and patient education in medical rehabilitation [Электронный ресурс] / E.M. Bitzer, U. Sporhase // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2015. Vol 58. – N9. – P.983-988. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26153473>
259. Borell-Cario, F. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry [Text] / F. Borell-Cario, A.L. Suchman, R.M. Epstein // The Annals of Family Medicine. – 2004. – Vol. 2. – N 6. – P. 576-582.
260. Branch, W. T Jr. Treating the whole patient: passing time-honoured skills for building doctor–patient relationships on to generations of doctors [Text] / William T Branch Jr. // Medical Education. – 2014. –Vol. 48. – P. 67–74.
261. Broder, J. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definition and models [Text] / J. Broder, O.Okan, U. Bauer, D. Bruland, S. Schlupp et al. // BMC Public Health. – 2017. – Vol .17. № 1. – P.361
262. Brogdon, R.M. A self-care educational intervention to improve knowledge of dietary phosphorus control in patients requiring hemodialysis:

- a pilot study [Text] / R.M. Brogdon // Nephrology Nursing Journal. –2013. – Vol. 40 (4). – P. 313-318.
263. Butler, G. Cognitive processes in anxiety [Text] / G. Butler, A. Mathews // Advances in Behaviour Research and Therapy Vol.5 -N1. - P. 51-62.
264. Cameron, L.D. Self-regulation of health and illness behavior [Text] / L.D. Cameron – London and New-York: Routledge, 2003. – 360 p.
265. Chochinov, H.M. Dignity conserving care – a new model for palliative care. Helping the patient feel valued [Text] / H.M. Chochinov // JAMA 2002. – Vol. 287. – № 17. – P. 2253 – 2260.
266. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Forty-fifth Edition. Supplement [Электронный ресурс]. Geneva. - 2006. – 20 p. URL: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
267. Costa, P. NEO PI-R Professional Manual [Text] / P. Costa, R.R. McCrae. Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida, 1992. - 437 p.
268. Engel, G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine [Text] / G. Engel// Science. – 1977. – № 196. – P.130.
269. Eysenk, H. The Eysenk Personality Questionnaire [Text] / H. Eysenk, S.B.G. Eysenk – London: Hodger and Stoughton, 1975. – 47 p.
270. Fisher, M. When doctors and patients talk: making sense of the consultation [Text] / M. Fisher, G. Ereaut – London: The Health Foundation, 2012. – 58 p.
271. Fishman, I. Do extraverts process social stimuli differently from introverts [Text] / I. Fishman, R. Ng, U. Beluggi // Cognitive neuroscience. – 2011. 2 (2). – P. 67-73.
272. Frank, A. Wounded storyteller: body, ethics and illness [Text] / A. Frank. Chicago: University of Chicago press. - 1997. – 231 p.

273. Freda, M. C. Perinatal Patient Education: a practical guide with education handouts for patients [Text] / M.C. Freda. – Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – 448 p.
274. Furnham, A. Language and personality [Text] / A. Furnham // Handbook of Language and Social Psychology: H. In Giles, W. Robinson. – Wiley: Chichester, 1990. – P. 73-95.
275. Garcia, S. The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: an integrative review [Text] / S. Garsia // Clinical Journal of Oncology Nursing. – 2014. – 18(15). – P. 516-521.
276. Gilbert, D. Handbook of social psychology [Text] / D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey. Vol. 2. Boston: McGraw-Hill. – 2010. – 2000 p. – P. 41-48.
277. Golper, T. Patient education: can it maximize the success of therapy? [Text] / T. Golper // Nephrology, dialysis, transplantation. – 2001. Vol. – 16. Suppl. 7. – P. 20-24.
278. Grice, H.P. Logic and conversation [Text] / H.P. Grice // Syntax and Semantics. –Vol. 3. Speech Acts; ed. By P. Cole, J.N. Morgan. – New-York: Academic Press. – 1975. – P. 41-58.
279. Hoftvedt, B.O. Editorials: Asymmetry in Doctor-Patient Relationship [Text] // Scandinavian Journal of Primary Healthcare. –1991. – N.9. – P.65-66.
280. Hult, H. Pedagogical Processes in healthcare: an explanatory study of pedagogic work with patients and next of kin [Text] / H. Hult, M. Lindblad Fridh, A. Lindh Falk, K. Thorne // Education for Health. – 2009. – Vol.22. – P.199.
281. International Classification of Functioning, Disability and Health. [Text]. – World Health Organization. – Geneva, 2001. – 299 p.

282. Kalantar-Zadeh, K. Patient education for phosphorus management in chronic kidney disease [Text] / K. Kalantar-Zadeh // Journal of patient preference and adherence. – 2013. – №7. – P. 379-390.
283. Long, H.B. Adult Learning. Research and Practice [Text] / H.B. Hult. Cambridge, N.Y.,1983. – 309 p.
284. Ludvig, M.J. Physician-Patient Relationship. Ethics in medicine [Electronic Source] / M.J. Ludvig, W. Burke. – Washington: University of Washington. School of Medicine, 2014. URL: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/physpt.html>
285. Lukatskiy, M.A. Bioethical and deontological nature of educative activities of a doctor [Text] / Lukatskiy M.A., Vanchakova N.P., Vatskel E.A. // The European Proceedings of Social and Behavioral Studies. - 2018. P. 397-402.
286. McInerney S.J. Introducing the biopsychosocial model for good medicine and good doctors [Text] / S.J. McInerney // BMJ. - 2018.- (324). - P. 1533
287. Meadows, A. What's in a word? On weigh stigma and terminology [Text] / A. Meadows, S. Daniellesdottir // Frontiers in Psychology. – 2016. – №7. –P. 1527.
288. Newton, V.E. Improving communication with patients with hearing impairment [Text] / Newton V.E., Shah S.R. // Community Eye Health. – 2013. – N 26(81). – P. 6-7.
289. Palmieri, J.J. Lies in the doctor-patient relationship [Text] / J.J. Palmieri, T.A. Stern // The primary care companion to the Journal of clinical Psychiatry. – 2009. 11(4). –P. 163-168.
290. Parvan, K. The effect of two educational methods on knowledge and adherence to treatment adherence in hemodialysis patients: clinical trial [Text] /K. Parvan, H. Hasankhani, A. Seyyedrasooli, S. M. Riahi, M.Ghorbani // Journal of Caring Science. 2015.Vol. 4(1). P. 83-83.

291. Patient Education: recommended curriculum guidelines for family medicine residents / [Электронный ресурс]. – AAF Reprint. – № 284. – 10p. URL: [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical\\_education\\_residency/program/directors/Reprint284\\_PatientEd.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program/directors/Reprint284_PatientEd.pdf)
292. Pennebaker, J.W. Linguistic styles: language use as an individual difference [Text] / J.W. Pennebaker, L. King // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 77. – P. 1296-1312.
293. Petronio, S. Navigating ethics of physician-patient confidentiality [Text] / S. Petronio, M.J. DiCorcia, A. Duggan // *The Permanente Journal*. – 2012. V.16(4). – P. 41-45.
294. Reach, G. Patient education, nudge, and manipulation: defining the ethical conditions of the person-centered model of care [Text] / G. Reach // *Patient Preference and Adherence*. – 2016. – Vol.10. – P. 459-468.
295. Robinson, O. J. The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies [Электронный ресурс] / O. J. Robinson, K. Vytal, B. Cornwall, C. Grillon // *Front Human Neuroscience*. – 2013. – Vol.7. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3656338/pdf/fnhum-07-00203.pdf>
296. Rokeach, M. The nature of human values [Text] / M. Rokeach. – N.Y.: Free Press, 1973. – 438 p.
297. Searle, J. A classification of illocutionary acts [Text] / J. Austen // *Language and Society*. – 1976. – N5. – P. 1-23.
298. Searle, J.R. What is a speech act? [Text] / J.R. Searle // *Philosophy in America*. – London: Alien and Unwin, 1965. – P. 221-239.
299. Shangolian, N. Supporting hemodialysis patients: a phenomenological study [Text] / N. Shangolian, H. Yousefi // *Iranian Journal of nursing and midwifery*. – 2015. – Vol.20 (5). – P. 626-633.
300. Smith, F. Patient education materials from a person-centered perspective. Coping and co-design in colorectal cancer care: Doctoral thesis:



- Doctor of Philosophy (Health Care Sciences). [Electronic source] / Smith F. Goteborg Universitet. – 2016. – 97 p. URL:[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/42350/1/gupea\\_2077\\_42350\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/42350/1/gupea_2077_42350_1.pdf) (дата обращения: 21.03.2018)
301. Spielberger, C.D. Anxiety: Current trends in theory and research [Text] / C.D. Spielberger – New-York and London: Academic Press. – 510 p.
302. Spielberger, C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Text] / C.D., Spielberger, R.L., Gorsuch, R.E. Lushene, P.R. Vagg, G.A. Jacobs // Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press, 1983.
303. Stauffer, C. C. Extraversion and short-term memory for chromatic stimuli: An event-related potential analysis [Text] / C. C. Stauffer, R. Indermühle, S. J. Troche, T. H. Rammsayer // International Journal of Psychophysiology, 2012. – 86. – P. 66-73.
304. Tecumseh Fitch, W. The evolution of language [Text] / W. Tecumseh Fitch. – New-York: Cambridge University press, 2010. – 625 p.
305. Teiger, P. The art of speedreading people [Text] / P. Teiger, B. Barron-Teiger. – Boston: Little Brown, 1998. – 224 p.
306. Thorne, A. The press of personality: a study of conversations between extraverts and introverts [Text] / A. Thorne // Journal of Personality and Social Psychology. – 1987. – Vol. 53. – P. 718-726.
307. Van Bockstaele, B. A review on current evidence the causal impact attentional bias on fear and anxiety [Text] / B.Verschuere, J. De Hower, H. Tibboel, J. Crombez, E.H.V. Koster // Psychological Bulletin – 2014. – 140(2). – P. 682-721.
308. Withers, J. Healthcare for individuals with hearing loss or vision loss: a minefield of barriers to accessibility [Text] / J. Withers, C. Speight // North Carolina Medical Journal. 2017. – Vol. 78. – P. 93-95.
309. Yildis, T. Effect of patient education on patient anxiety level using “Scale of patient requirements” in open heart surgery [Text] / T. Yildis, A.

Malak, S. Baltaci Goktas, Y. Ozen // Kosuyolu Heart Journal. – 2015. – Vol. 18 (1). – P. 1-5.

**Текст первой просветительской беседы врача с пациентом, который начинает лечение гемодиализом (комплекс речевых посланий о ведении нового образа жизни в условиях заместительной почечной терапии)**

**I Биоэтический раздел (отражает биоэтический компонент содержания)**

1. При помощи соответствующего лечения и усилий с Вашей стороны мы сможем сохранить Ваши жизнь и здоровье – этот бесценный дар.
2. Но Вы должны понимать, Ваше здоровье – это зона и Вашей ответственности тоже.
3. Вы должны сохранить здоровье и жизнь ради себя и своих близких, тех людей, кто в Вас нуждается.
4. Поддержание здоровья и сохранение жизни при помощи заместительной почечной терапии позволит Вам продолжать заниматься тем, что важно в Вашей жизни, тем, что Вы любите.
5. Никто, кроме Вас, не сможет полностью выполнять все необходимые лечебные предписания, назначенные врачом.

**II Прогностический раздел (отражает прогностический компонент содержания)**

6. Если Вы будете соблюдать все необходимые предписания и лечебный режим, Ваша жизнь будет долгой, практически такой же, как и у здоровых людей.
7. Если Вы будете соблюдать лечебный режим и сотрудничать с врачом по вопросам лечения, то мы сможем поддерживать качество Вашей жизни на максимально доступном высоком уровне.
8. Для того чтобы Вы смогли продолжать вести активную жизнь и заниматься тем, что любите, Вам необходимо будет изменить свой образ жизни в определённом порядке.

**III Основные сведения о лечении гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

9. Отныне гемодиализ – это жизненно необходимая для Вас процедура.
10. Гемодиализ – это процедура, позволяющая при помощи искусственного фильтра вне организма очищать кровь от накапливающихся в ней токсинов и лишней жидкости.
11. Сама процедура гемодиализа осуществляется посредством подключения к аппарату «искусственная почка».
12. У Вас на руке для этого сформирована артериовенозная фистула – соединение артерии и вены, обеспечивающее возможность доступа в систему крови для проведения процедуры гемодиализа.
13. Вы обязательно должны следить за гигиеной фистулы.

14. Если с фистулой возникнут какие-то проблемы, обязательно незамедлительно сообщите Вашему лечащему врачу.
15. Когда фистула придет в негодность, нужно будет сделать новую. В некоторых случаях для продолжения лечения требуется постановка центрального венозного катетера или имплантация сосудистого протеза.
16. Каждый сеанс гемодиализа длится минимум 4 часа.
17. Число сеансов в неделю и длительность процедуры определяется врачом индивидуально. Мы рассчитаем эти лечебные параметры на основе результата Ваших анализов и наблюдения за Вашим состоянием.
18. Процедура гемодиализа проводится в специальных залах, в каждом из которых одновременно могут находиться несколько человек.
19. При согласовании с персоналом, во время сеанса можно спать, можно перекусить тем, что Вы взяли из дома, можно читать, слушать музыку или смотреть фильмы в наушниках.
20. Очень важно во время диализа соблюдать правило: не мешать другим пациентам.
21. Перед сеансом гемодиализа и по окончании его необходимо взвешиваться.
22. Взвешивание перед диализом позволяет определить, сколько жидкости вы набрали с момента окончания предыдущей процедуры.
23. Взвешивание после гемодиализа позволяет определить, сколько жидкости было выведено из организма во время гемодиализа.
24. Очень важно, чтобы за каждую процедуру из организма удалялось необходимое количество жидкости. Задача процедуры достичь «сухого веса»: Вашего индивидуального веса без лишней воды, такого, который будет Вам указан лечащим врачом.

#### **IV Режим посещения гемодиализа (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

25. Ваша процедура гемодиализа будет проходить в зале № ... в первую/вторую/третью смену с ... (время).
26. На гемодиализ Вам необходимо приходить регулярно три раза в неделю, так как только регулярные сеансы минимум по 3 раза в неделю, смогут поддерживать Вашу жизнь.
27. Если не посещать гемодиализ минимум три раза в неделю, то сроки Вашей жизни будут непродолжительны. Помните, что двухразовый диализ недопустим.
28. Если Вы будете пропускать даже один сеанс в месяц, риск Вашей преждевременной смерти существенно возрастет.
29. Пропуск нескольких сеансов гемодиализа подряд приведет к тому, что в Вашем организме накопятся вредные вещества и лишняя жидкость. Все это может привести к остановке сердца или отеку легких и смерти.

30. Иногда, особенно если Вы нарушите необходимую диету, пропуск даже одного сеанса представляет угрозу жизни. В случае прекращения посещения гемодиализа в течение нескольких дней наступает смерть.
31. Для сохранения Вашего здоровья и жизни имеет значение не только суммарный показатель длительности диализа за неделю, но и длительность каждого сеанса. Именно поэтому важно провести (а Вам - вылежать) весь сеанс гемодиализа до конца.
32. Вы не должны пытаться сократить сеанс гемодиализа, как бы Вам не хотелось иногда уйти пораньше.
33. Необходимо помнить, что сокращение времени гемодиализа негативно сказывается на состоянии организма и продолжительности жизни.
34. Вы всегда должны приходиться на диализ в назначенное время в назначенный день, какими бы ни были Ваше настроение, желание, обстоятельства и ситуации.
35. Если Вам необходимо уехать, обязательно сообщите об этом Вашему лечащему врачу.
36. В случае Вашего отъезда мы продумаем для Вас индивидуальный график.
37. Если Вы уезжаете надолго, обязательно нужно найти возможность диализа в месте пребывания и договориться о своевременном проведении процедур.
38. Чтобы отслеживать все показатели организма, Вы должны регулярно сдавать анализы.
39. Чтобы анализы были в норме, необходимо также соблюдать специальную диету.

**V Диета в условиях лечения гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

40. Подходящий для Вас режим питания с учетом нюансов Вашего организма будет определен врачом диетологом или Вашим лечащим врачом-нефрологом.
41. Но Вам важно помнить, что существует ряд принципов и правил питания, которые Вам нельзя нарушать.
42. Вам нельзя злоупотреблять продуктами, в которых содержатся те вещества, которые могут нанести непоправимый вред Вашему организму (например, натрий, калий, фосфор).
43. Нарушение принципов питания и чрезмерное употребление продуктов, богатых этими веществами, может привести к летальному исходу. Например, употребление большого количества таких продуктов как помидоры, клубника, фасоль, дыня, картофель, бананы, сухофрукты, виноград вызовет гиперкалиемию, которая способна повлечь остановку сердца.
44. В целом, нужно помнить, что суточное потребление калия не должно быть более 2 грамм.

45. Вам также нельзя употреблять пищу, богатую фосфором (молочные продукты, сыр, яйца, крупы). Потребление такой пищи приводит к гиперфосфатемии (накоплению неограниченных соединений фосфора в крови), а это влечет за собой нарушение кальций-фосфорного обмена, что становится причиной развития опухоли паращитовидных желез, повреждения костей, накопления соединений кальция и фосфора в сердечно-сосудистой системе и увеличения риска инфаркта и инсульта.
46. В день Вы можете употреблять белка около 1,2 грамма на килограмм массы тела. Такое количество белка необходимо для Вашего организма, поскольку во время гемодиализа может теряться много аминокислот, которые необходимо восполнять. В то же время, избыточное потребление белка приводит к образованию большого количества азотистого шлака, что дополнительно нагружает все системы организма.
47. Нужно снизить количество продуктов, содержащих натрий. Основной поставщик натрия в организм – это поваренная соль. Соответственно, Вы должны исключить из своего питания любые продукты, содержащие ее в большом количестве – полуфабрикаты, колбасные изделия, консервированные изделия, сыр и т.д. В организме человека, получающего лечение гемодиализом, почки не могут удалить избыток натрия и жидкости из тела, вследствие чего в теле накапливается вода, что ведет к появлению отеков и повышению давления.
48. Нежелательно употреблять более 1-2 грамм поваренной соли в день.
49. Лучше всего вообще отказаться от использования соли при приготовлении блюд, поскольку ее необходимый для организма минимум уже содержится естественным образом в некоторых продуктах (например, в овощах, фруктах).
50. При необходимости солить еду необходимо уже в готовом виде; так по вкусовым качествам пища будет казаться более соленой, но желательно вовсе воздержаться от досаливания еды.
51. Еда должна быть правильным образом приготовленной (лучше избегать жарения, консервирования). Пища, приготовленная этими способами, содержит много вредных веществ, в частности, натрия (при консервировании) и калия (при жарке продуктов с высоким содержанием калия, он весь остается в блюде). Еду рекомендуется отваривать, такой способ приготовления позволяет снижать концентрацию в пище вредных веществ, поскольку часть из них уходит в воду.
52. Питаться нужно регулярно, 4-5 раз в день. Это позволяет равномерно распределять нагрузку на пищеварительную и выделительную системы.
53. Пожалуйста, обратите особое внимание, что в сутки Вы должны выпивать не более 500 мл жидкости, так как большее количество жидкости создает излишнюю нагрузку на все системы организма.

54. Обратите внимание на то, что с едой в организм также поступает вода, совокупное количество жидкости в еде и питье не должно превышать 1 литра.
55. С осторожностью следует употреблять продукты, богатые жидкостью, такие как арбузы.
56. Суммарно в промежутке между процедурами гемодиализа Вы можете накопить в организме жидкости не более 4% от массы тела.
57. В случае если Вы будете нарушать водно-питьевой режим и употреблять больше жидкости, чем положено, она будет скапливаться в организме, и в тканях, разовьется отек, повысится давление и нагрузка на сердце.
58. Ограничение потребления воды и соли также позволит нормализовать артериальное давление, избежать приступов гипертонии, гипотонии, судорог в ногах во время гемодиализа.
59. Для того чтобы быть спокойным по поводу питания, можно составить специальное диетическое меню, которое будет состоять только из разрешенных продуктов и всегда будет Вам помогать контролировать свой рацион. Блюда такого меню достаточно вкусны. Есть даже специальные книги рецептов для людей, которые находятся на гемодиализе. Относиться к питанию легкомысленно отныне недопустимо, поскольку для Вас теперь это крайне опасно.

## **VI Медикаментозная терапия в условиях лечения гемодиализом (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

60. Для того чтобы поддерживать состояние различных систем организма, также назначается лекарственная терапия.
61. Например, для того чтобы контролировать содержание фосфора, необходимо принимать фосфат-связывающие препараты.
62. При Вашем заболевании помимо фосфат-связывающих препаратов, необходимо также принимать ряд других медикаментов.
63. Многие медикаменты направлены на коррекцию осложнений при хронической болезни почек V стадии, таких, как неврологические, эндокринные нарушения, анемия, белково-энергетическая недостаточность и нарушения фосфорно-кальциевого обмена.
64. Со списком всех необходимых лекарств мы определимся, как только Вы сдадите все необходимые анализы.
65. Чтобы не переживать о том, что Вы можете забыть принять лекарства, можно завести специальную коробочку и в нее складывать таблетки на каждый день недели. Также Вы можете для себя составить график приема лекарств, в том числе, с помощью специальных приложений для смартфонов.
66. Помните, что режим приема лекарств – это очень серьезно. Обязательно следите, чтобы все они были приняты. Вам нельзя пропускать прием таблеток.

67. Важно также ограничить употребление лекарств, которые оказывают на почки неблагоприятное воздействие (например, нестероидные противовоспалительные препараты, некоторые группы антибиотиков).
68. При приеме назначений от врачей других специальностей, сообщайте им, что находитесь на гемодиализе, для того, чтобы они могли подобрать соответствующую терапию, а после этих назначений и до приема этих препаратов обязательно посоветуйтесь с своим лечащим врачом-нефрологом.

## **VII Другие аспекты изменения образа жизни на гемодиализе (в этом разделе отражен биомедицинский компонент содержания текста)**

69. Поскольку хроническая болезнь почек V стадии и лечение гемодиализом накладывают отпечаток на работу всех систем организма, важно следить за своим состоянием в целом.
70. Обязательно регулярно контролируйте свое артериальное давление, существует взаимосвязь между работой выделительной системы и артериальным давлением.
71. Если в работе какой-то из систем организма возникает ухудшение, Вы должны немедленно сообщить об этом Вашему лечащему врачу.
72. Важно соблюдать здоровый образ жизни в целом, установлено, что пациенты, которые соблюдают рекомендованную выше диету, не злоупотребляют курением, алкоголем, крепким кофе, чувствуют себя намного лучше. Вы самостоятельно можете убедиться в этом, пообщавшись с «опытными пациентами».
73. Также ведению здоровьесообразного образа жизни будут способствовать и регулярные занятия физической культурой в режиме щадящей нагрузки.
74. В целом, помните, что для Вас жизненно важно соблюдать рекомендованный режим.
75. Специалисты, сотрудники отделения гемодиализа предоставят Вам необходимое лечение, консультации и помощь в решении возникающих со здоровьем трудностей, а Вы, со своей стороны, должны будете соблюдать все рекомендации, касающиеся параметров лечения, режима жизни, диеты.
76. Ваше ответственное поведение, Ваше осознанное сотрудничество с врачом и ведение здоровьесообразного образа жизни позволит нам с Вами долгие годы поддерживать оптимально возможное качество Вашей жизни.



**Опросник для пациентов, получающих лечение гемодиализом**

**ОПРОСНИК**

*Уважаемый пациент, просим Вас принять участие в данном опросе. Пожалуйста, прочитайте вопросы и высказывания и к каждому из них выберите один наиболее полный и правильный ответ.*

**1. Лечение методом гемодиализа способно сохранять жизнь и здоровье пациента в течение долгих лет?**

- А) да; (1 балл – правильный ответ).
- Б) нет;
- В) не знаю.

**2. Здоровье пациента, находящегося на лечении методом гемодиализа, является зоной полной ответственности:**

- А) врача;
- Б) пациента;
- В) зоной совместной ответственности врача и пациента (1 балл – правильный ответ).

**3. Для поддержания здоровья на максимально возможном высоком уровне пациент должен:**

- А) принимать рекомендованные препараты и перестроить распорядок своей жизни в соответствии с рекомендациями врача; (1 балл – правильный ответ).
- Б) верить в лучшее и стараться вести прежний образ жизни;
- В) заниматься спортом и оздоровительными практиками, чтобы победить болезнь.

**4. Гемодиализ как процедура, позволяющая при помощи искусственного фильтра, вне организма, очищать кровь от накапливающихся в ней токсинов и лишней жидкости, при Вашем заболевании является:**

- А) желательной процедурой, позволяющей сохранять жизнь и здоровье;
- Б) обязательной, жизненно необходимой процедурой; (1 балл – правильный ответ).
- В) опасной для здоровья процедурой, плохо влияющей на организм.

**5. У Вас на руке сформирована фистула, это:**

- А) устройство для забора крови на анализ;
- Б) устройство для введения лекарственных препаратов;
- В) соединение артерии и вены, обеспечивающее возможность проведения процедуры гемодиализа (1 балл – правильный ответ).

**6. Фистула требует периодической замены?**

- А) да, фистулу требуется заменять тогда, когда она приходит в негодность (1 балл – правильный ответ);
- Б) нет, фистула устанавливается один раз и навсегда;
- В) некоторые виды фистул требуют замены, некоторые – нет.

**7. Сеанс гемодиализа длится:**

- А) не менее 4 часов; (1 балл – правильный ответ).
- Б) не более 4 часов;
- В) у каждого пациента по-разному, но не более 2 часов.

**8. Во время проведения сеанса гемодиализа**

- А) пациент по согласованию с персоналом может спать, читать, слушать музыку, смотреть фильмы в наушниках; (1 балл – правильный ответ).
- Б) пациенту не разрешено спать, читать, слушать музыку, смотреть фильмы;
- В) пациент во время гемодиализа должен сохранять неподвижную позу.

**9. Перед сеансом диализа и после сеанса пациенту необходимо взвешиваться т.к.:**

- А) взвешивание дисциплинирует пациента, которому следует поддерживать оптимальный вес, не допускать ожирения;
- Б) взвешивание позволяет определить, сколько жидкости было выведено из организма во время гемодиализа; (1 балл – правильный ответ).
- В) взвешивание дает возможность врачу следить за тем, чтобы у пациента не возникло стойкое снижение веса, осложняющее течение болезни.

**10. Если пациент будет пропускать сеансы гемодиализа**

- А) в организме, возможно, накопятся вредные вещества и лишняя жидкость, и все это может привести к остановке сердца или отеку легких и смерти;
- Б) в организме обязательно накопятся вредные вещества и лишняя жидкость, все это может привести к остановке сердца или отеку легких и смерти; (1 балл – правильный ответ).
- В) в организме накопятся вредные вещества и лишняя жидкость, но их можно будет вывести во время последующих сеансов, удливив время следующей за пропущенной процедуры.

**11. Существуют вещества, входящие в состав продуктов питания, которые могут нанести непоправимый вред вашему здоровью.**

- А) да, такие вещества существуют, например поваренная соль, калий, фосфор; (1 балл – правильный ответ).
- Б) да, такие вещества существуют, например сахар, магний, крахмал;

В) нет, нужно есть все, иначе организм испытает недостаток полезных веществ.

**12. Употребление большого количества продуктов, богатых калием, таких, как помидоры, клубника, фасоль, дыня, картофель, бананы, сухофрукты, виноград для человека, проходящего лечение гемодиализом,**

А) полезно, поскольку калий хорошо влияет на функционирование сердца и сосудов;

Б) приводит к гиперкалиемии которая у человека, находящегося на гемодиализе, способна вызвать остановку сердца; (1 балл – правильный ответ).

В) необходимо, так как хорошо сказывается на работе мозга.

**13. Употребление большого количества продуктов, богатых фосфором, таких как цельное молоко, сыр, желтки яиц, орехи, семечки, рыбы и др. у человека, проходящего лечение гемодиализом**

А) приводит к накоплению неорганических соединений фосфора в крови, и это хорошо, т.к. фосфор является жизненно-важным элементом;

Б) приводит к накоплению фосфора в крови, а фосфор необходим для работы мозга, для поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы, для нормального функционирования мышц;

В) приводит к гиперфосфатемии (накоплению неорганических соединений фосфора в крови), а это влечет за собой нарушение обмена кальция, что приводит к нарушению работы паращитавидных желез, повреждению костей, сердечно-сосудистой системы. (1 балл – правильный ответ).

**14. Каким должно быть потребление белка у пациентов, получающих лечение гемодиализом?**

А) потребление белка должно быть минимальным, он крайне вреден для организма человека, получающего лечение гемодиализом

Б) потребление белка должно быть крайне высоким, поскольку организм человека, получающего лечение гемодиализом, испытывает потребность в белке

В) потребление белка должно быть умеренным (около 1,2 грамм на килограмм веса человека): во время гемодиализа теряется много аминокислот, которые необходимо восполнять, но избыточное потребление белка дополнительно нагружает все системы организма. (1 балл – правильный ответ).

**15. Вам нужно существенно снизить количество продуктов, содержащих натрий (например, исключить из рациона полуфабрикаты, колбасные изделия и т.п.). Почему?**

А) натрий не выводится из организма, требуя все больше жидкости, это вызывает отеки и гипертонию; (1 балл – правильный ответ).

Б) потребление натрия ведет к повышению аппетита и набору лишнего веса

В) потребление натрия способствует появлению кожного зуда

**16. Употребление соли человеком, проходящим лечение гемодиализом**

А) приводит к возникновению дополнительных отеков, поскольку соль задерживает жидкость в тканях организма; (1 балл – правильный ответ).

Б) не влияет на функционирование организма;

В) полезно, так как соль входит в состав крови.

**17. Наилучший способ приготовления пищи для человека, проходящего лечение гемодиализом:**

А) жарение, поскольку при этом вытравливается ненужный организму жир, а весь калий остается в продуктах;

Б) консервирование, т.к. при этом пища дольше сохраняет свои свойства и не портится, в ней сохраняется натрий;

В) отваривание и тушение, поскольку эти способы приготовления снижают концентрацию вредных веществ в пище. (1 балл – правильный ответ).

**18. Правильный режим питания при лечении гемодиализом:**

А) питаться нужно регулярно, 4-5 раз в день. Это позволяет равномерно распределять нагрузку на пищеварительную и выделительную системы; (1 балл – правильный ответ).

Б) есть нужно тогда, когда возникает чувство голода;

В) можно питаться и два, и три раза в день, но так, чтобы организм получал все необходимое из пищи.

**19. Оптимальное количество жидкости, которое должен потреблять человек, проходящий лечение гемодиализом:**

А) нужно получать совокупно (питье + вода, содержащаяся в продуктах питания) 1 литр жидкости, т.к. большее количество жидкости создает излишнюю нагрузку на почки; (1 балл – правильный ответ).

Б) нужно получать совокупно 2,5 литра жидкости (питье + вода, содержащаяся в продуктах питания), так как организм человека состоит преимущественно из воды;

В) нужно пить тогда, когда возникает жажда, и столько, чтобы ее устранить; организм сам это регулирует.

**20. В случае нарушения водно-питьевого режима, и употребления большего количества жидкости, чем положено**

А) она будет скапливаться в организме, разовьется отек, повысится артериальное давление и возрастет нагрузка на сердце; (1 балл – правильный ответ).

Б) нужно будет принять специальные препараты, и организм придет в норму;

В) ничего плохого не произойдет, так как вода необходима организму в больших количествах.

**21. При лечении гемодиализом необходима регулярная лекарственная терапия**

А) нет, лечения гемодиализом вполне достаточно для поддержания хорошего состояния здоровья;

Б) да, она позволяет поддерживать состояние различных систем организма и предупреждать возможные осложнения; (1 балл – правильный ответ).

В) некоторым пациентам это необходимо, некоторым нет.

**22. В целом, хорошее самочувствие человека, находящегося на лечении гемодиализом, обеспечивается**

А) хорошей аппаратурой «искусственная почка»;

Б) строгим соблюдением режима гемодиализа, соблюдением диеты, отказом от алкоголя, курения, кофе, следованием всем рекомендациям лечащего врача; (1 балл – правильный ответ).

В) хорошей генетикой, крепким организмом.