

На правах рукописи

**ВАЦКЕЛЬ**  
**Елизавета Александровна**

**ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ  
ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата педагогических наук

Москва - 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Институт стратегии развития образования Российской академии образования»

**Научный руководитель -**

**Ванчакова Нина Павловна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Научный консультант -**

**Лукацкий Михаил Абрамович**  
доктор педагогических наук,  
профессор, член-корреспондент РАО

**Официальные оппоненты:**

**Попова Нина Васильевна**  
доктор педагогических наук, доцент,  
ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский  
государственный политехнический  
университет им. Петра Великого»,  
профессор кафедры лингвистики и  
межкультурной коммуникации

**Макеева Татьяна Витальевна**  
кандидат педагогических наук,  
ФГБОУ ВО «Ярославский  
государственный педагогический  
университет им. К.Д. Ушинского», доцент  
кафедры социальной педагогики и  
организации работы с молодежью

**Ведущая организация –**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный  
государственный медицинский  
университет им. И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения РФ

Защита состоится «03» апреля 2019 г. в 13.30 часов на заседании диссертационного совета Д 212.263.01 при ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет» по адресу: 170100, г. Тверь, Студенческий переулок, д.12, корп.Б., ауд.425.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет».

Электронная версия автореферата размещена на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии Министерства науки и высшего образования РФ <http://vak.ed.gov.ru/>; на сайте ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет» <http://dissertations.tversu.ru/>

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат психологических наук

Мороз Мария Владимировна

## 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».

Одним из важных следствий набирающего интенсивность процесса медиализации 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 «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 облекает 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 желаниям, 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. 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 здоровьесообразного 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 здоровьесообразного 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;

б) 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 последипломного 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 – важная проблема современного скорпомощного 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.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** диссертационной работы раскрывается актуальность исследования, степень изученности проблемы, определяется его объект и предмет, формулируются гипотеза, цель и задачи исследования, его теоретические и методологические основы, научная новизна, теоретическая и практическая значимость, положения, выносимые на защиту. Во введении охарактеризованы достоверность и обоснованность результатов, полученных в ходе исследования, и описано то, как осуществлялась их апробация.

Первая глава диссертации **«Просветительская деятельность врача: сущность и функциональное предназначение»** посвящена исследованию сущности и специфики просветительской деятельности, реализуемой врачом и особенностей использования им основного инструмента такой деятельности – языка.

В первом параграфе первой главы диссертационной работы **«Биоэтическое и деонтологическое содержание просветительской деятельности врача»** на основании осмысления содержания исследований, посвященных феноменам просветительской деятельности и педагогики в медицине, представлено определение просветительской деятельности, реализуемой врачом и нацеленной на формирование у пациента (или лица, обратившегося к врачу) биоэтических и биомедицинских представлений о том, каким образом нужно поддерживать собственное здоровье. В нем приведены и охарактеризованы данные, полученные в ходе осуществления контент-анализа нормативно-правовой документации, регламентирующей функционирование системы



отечественного медицинского образования, а также документации, содержащей сведения о действующих в настоящее время нормах профессионального поведения работников отечественной сферы здравоохранения и о профессиональных стандартах, которым должна соответствовать их квалификация. В параграфе обосновано положение, согласно которому 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. Основная часть параграфа посвящена описанию биоэтических и деонтологических компонентов просветительской деятельности врача. Он содержит детальное описание обширного круга экзистенциальных и нравственных проблем, возникающих в ходе взаимодействия врача и пациента. Вопросы, касающиеся конструктивного обсуждения с пациентом моральных аспектов достижений биологических и медицинских наук, рассмотрены в параграфе как напрямую связанные с пониманием врачом того, какова ментальная готовность больного к восприятию и осмыслению такой информации.

Во втором параграфе первой главы диссертации рассмотрены особенности речевого воздействия, оказываемого врачом на больного в рамках их коммуникативного взаимодействия. Параграф носит название: **«Своеобразие речевого влияния врача на пациента в ходе решения просветительской задачи формирования представлений о регламентах здоровьесоборазного поведения»**. Исходный теоретический посыл, лежащий в основании исследования: язык – главное средство реализации просветительской деятельности. Речевое взаимодействие врача и пациента обеспечивает их коммуникативную взаимосвязь, позволяет специалисту: 1) транслировать больному актуальную для него биоэтическую, биомедицинскую и прогностическую информацию, касающуюся его психосоматического состояния в будущем; 2) оказывать целенаправленное влияние на интеллектуальную сферу пациента и изменять формат его поведения в необходимом для сохранения здоровья русле.

Анализ психолого-педагогических, лингводидактических, коммуникативно-лингвистических, когнитивно-лингвистических, прагмалингвистических, медико-семиотических работ, посвященных

речевому взаимодействию субъектов лечебного процесса, позволил выявить особенности использования (употребления) врачом языковых средств в контексте осуществления им своей профессиональной деятельности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что речь врача (нарратив врача), в том числе и просветительские речевые послания, адресованные пациенту, следует рассматривать не только как совокупность морфем, словоформ и предложений, но и как дискурсивное образование, то есть как упорядоченный определенным образом и состоящий из ряда компонентов дискурс. Опора на такое понимание позволяет трактовать речевую деятельность врача, осуществляемую в соответствии с нормами и регламентами статусно-ролевых отношений принятых в сфере здравоохранения, как целостное образование, являющее собой единство языковой формы, значения языковых единиц и целей (замысла) языкового влияния.

Особое внимание в параграфе уделено описанию своеобразия ситуации речевого взаимодействия врача и пациента, стереотипных обстоятельств их встречи и типовых просветительских интенций специалиста. В параграфе охарактеризованы факторы (коммуникативная грамотность, коммуникативное поведение, языковая компетентность), обуславливающие эффективность просветительского речевого влияния врача на пациента. В тексте параграфа представлен речевой портрет врача, конструктивно решающего просветительскую задачу приобщения пациента к ведению соответствующего его психосоматическому состоянию образа жизни.

Третий параграф первой главы диссертации **«Лингводидактические, лингвокоммуникативные и лингвопрагматические аспекты просветительской деятельности врача»** содержит описание того, как в рамках проведенного исследования использовались теоретические конструкты (теория речевых актов, теоретические установки лингводидактики, лингвокультурологии, педагогической семиологии, прагмалингвистики) для разработки алгоритма просветительского по своему содержанию речевого влияния врача на пациента. В параграфе показано, как отталкиваясь от теоретического утверждения, согласно которому элементарной базовой коммуникативной речевой единицей является высказывание, можно разрабатывать алгоритм взаимодействия врача с пациентом, в контексте которого первый эффективно реализует просветительскую функцию, имманентно присущую его

профессиональной деятельности. В параграфе обосновывается, что в ходе разработки такого алгоритма необходимо учитывать ряд требований, предъявляемых к просветительским высказываниям (коммуникативным единицам), а именно к: 1) их знаковому составу; 2) конкретному значению; 3) фактурным свойствам (ритм, темп, тональность произнесения); 4) соответствию замыслу врача – отправителя сообщения; 5) месторасположению в просветительском тексте (пункт размещения расположения в речевом потоке). Обстоятельно охарактеризовано в параграфе то, какими по своей структуре и содержанию должны быть: 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 (высказывания – действия, связанные с достижением перлокутивного эффекта – возможного влияния, оказываемого высказыванием на пациента).

Нашел отражение в тексте параграфа и анализ коммуникативных неудач врача, решающего просветительские задачи. Среди факторов, вызвавших коммуникативные неудачи, детально рассмотрены 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). Особое внимание в параграфе отведено теоретическому обоснованию утверждения о том, что успешность просветительской деятельности врача во многом зависит от его умений выстраивать речевое взаимодействие с пациентом в соответствии с императивами лингводидактики.

Вторая глава диссертации «**Просветительская деятельность врача как процесс целенаправленного приобщения пациента к ведению здоровьесообразного образа жизни**» посвящена описанию алгоритма построения просветительского текста, адресантом которого выступает врач, а адресатом – пациент. В главе охарактеризована композиционная структура просветительского текста и представлено его содержательное наполнение. В ней также освещены вопросы, касающиеся апробации разработанного алгоритма построения просветительского текста.

В первом параграфе второй главы «**Содержание и композиция просветительских речевых посланий, адресованных пациенту и ориентированных на формирование у него релевантных представлений о здоровьесообразном поведении**» рассмотрены вопросы, связанные с организацией, упорядоченностью, расположением и взаимосвязью частей просветительского текста, а также вопросы, касающиеся отбора речевого материала для предъявления больному. Обоснование пути построения просветительского текста – один из важных компонентов данного параграфа. В нем показано, как учет параметров устной (речевой) коммуникации врача и пациента (официальность ситуации встречи, определенность темы взаимодействия, стандартность обстановки общения, уровень профессиональной компетентности врача) позволяет рационально решать задачу построения просветительского текста. Материалы параграфа также содержат обоснование того, как должен быть выстроен просветительский текст в формально-грамматическом отношении: насколько он должен быть насыщен биомедицинской терминологией; какими должны быть логические цепочки утверждений, доводимых до сознания пациента; каков должен быть состав именных и глагольных словосочетаний, используемых в устном послании врача. Обоснование положения, согласно которому просветительский текст должен состоять из трех разделов (блоков), содержащих биоэтические, биомедицинские и прогностические сведения, дающие возможность пациенту выстроить линию поведения соответствующую состоянию его здоровья, – ключевая часть первого параграфа.

Примеры высказываний, содержащихся в просветительском тексте, который был разработан в контексте проведенного исследования и адресован пациенту, получающему лечение в виде заместительной почечной терапии. Просветительский текст содержит 76 высказываний, часть из которых приводится ниже.

#### I. Биоэтический раздел.

*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.**

*1. Если Вы будете соблюдать все необходимые предписания и лечебный режим, продолжительность Вашей жизни будет долгой, практически такой же, как и у здоровых людей.*

*2. 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.*

*3. Для того чтобы Вы смогли продолжать вести активную жизнь и заниматься тем, что любите, Вам необходимо будет определенным образом перестроить свой образ жизни.*

## **III. Биомедицинский раздел.**

*1. Отныне гемодиализ – это жизненно необходимая для Вас процедура.*

*2. Гемодиализ – это процедура, позволяющая при помощи искусственного фильтра, вне организма, очищать кровь от накапливающихся в ней токсинов и лишней жидкости.*

*3. Сама процедура гемодиализа осуществляется посредством подключения к аппарату «искусственная почка».*

*4. У Вас на руке для этого сформирована артериовенозная фистула – соединение артерии и вены, обеспечивающее возможность доступа в систему крови для проведения процедуры гемодиализа.*

*5. Вы обязательно должны следить за гигиеной фистулы.*

В параграфе описано и то, как осуществлялась экспертиза разработанного просветительского текста, примеры из которого были приведены выше. Экспертное оценивание информативной содержательности просветительского текста проводилось группой из 15 квалифицированных врачей, среди которых было 5 докторов и 10 кандидатов медицинских наук.

**Во втором параграфе второй главы «Теоретические основания и алгоритм выстраивания врачом речевого взаимодействия с пациентом в контексте реализации просветительской функции»** изложены принципы разработки данного алгоритма и охарактеризованы

его логико-композиционная и композиционно-речевая составляющие. В параграфе обосновано положение, в соответствии с которым, алгоритм выстраивания просветительского текста – сложного речевого образования, обладающего смысловой и содержательной целостностью, – это пошаговое (последовательное) осуществление действий, органично связывающих воедино высказывания биоэтического, биомедицинского и прогностического содержания, адресатом которых является пациент.

В параграфе показано, что строительным материалом просветительского текста выступают объединенные в логическую цепь высказывания, информационного, аргументационного и доказательного характера, включающие в себя понятные для пациента слова и словосочетания. Особенностью большинства этих высказываний является то, что они маркируются следующими словами (лексическими средствами): по этой причине; учитывая все вышесказанное; вследствие того, что...; принимая во внимание то, что...; в связи с тем, что...; таким образом и т.п. Знаковую роль в просветительском тексте играют перформативные высказывания, маркерами которых выступают такие произносимые врачом слова и словосочетания как: особо отмечу, подчеркну, далее я объясню и ряд других. Помимо перформативных высказываний в состав просветительского текста входят и дискурсивные высказывания, содержащие сведения об очередности совершения пациентом тех или иных действий. Маркерами таких высказываний служат слова: во-первых, наконец, вначале, прежде всего, в конечном итоге и т.д.

В параграфе рассмотрены вопросы, касающиеся принципов выстраивания просветительского текста. В нем обосновано, что в качестве таких принципов целесообразно рассматривать четыре максимы кооперативности, описанные П. Грайсом:

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

2. «Максима истинности, или качества» (в тексте не должно быть 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).

В третьем параграфе второй главы «**Апробация алгоритма просветительского речевого взаимодействия врача и пациента**» охарактеризованы диагностические процедуры, которые были проведены для получения ответа на вопрос о конструктивности осуществленной разработки, и дана интерпретация результатов, полученных в ходе проведения исследования.

Изучение эффективности речевого влияния врача на процесс формирования у пациентов линии поведения соответствующего их состоянию здоровья проводилось по следующей схеме. В поле диагностического внимания находилась группа больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих хроническую заместительную почечную терапию при помощи гемодиализа.

В исследовании приняли участие 123 пациента, средний возраст пациентов составлял  $55,01 \pm 13,83$  (min 19, max 77). Пациенты, принимавшие участие в исследовании, находились на начальных стадиях лечения гемодиализом. Среди исследованных больных было 57 женщин (46%) и 66 мужчин (54%). С пациентами из экспериментальной группы проводилась беседа, которая была выстроена в точном соответствии с содержанием разработанного просветительского текста. С пациентами из контрольной группы взаимодействовали врачи, которые в рамках речевого взаимодействия с пациентами такой текст не использовали. В ходе решения просветительских задач эти врачи опирались на привычный для них способ речевого общения с больными. 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  $55,9 \pm 13,94$ .

После проведения с пациентами из экспериментальной и контрольной групп просветительской беседы определялся уровень их знаний о регламентах здоровьесобственного поведения (с помощью специально разработанного опросника, содержащего 22 вопроса). Участники опроса должны были внимательно прочитать содержащиеся в бланке опросника вопросы и выбрать один наиболее полный и правильный на ответ на каждый из них.

Примеры вопросов, содержащихся в бланке опросника.

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

*A) да;*

- Б) нет;*
- В) не знаю.*

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

- А) врача;*
- Б) пациента;*
- В) зоной совместной ответственности врача и пациента.*

**Для поддержания здоровья на максимально возможном высоком уровне пациент должен:**

- А) принимать рекомендованные препараты и перестроить распорядок своей жизни в соответствии с рекомендациями врача;*
- Б) верить в лучшее и стараться вести прежний образ жизни;*
- В) заниматься спортом и оздоровительными практиками, чтобы победить болезнь.*

**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.*

**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;*
- В) взвешивание дает возможность врачу следить за тем, чтобы у пациента не возникло стойкое снижение веса, осложняющее течение болезни.*

**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;*

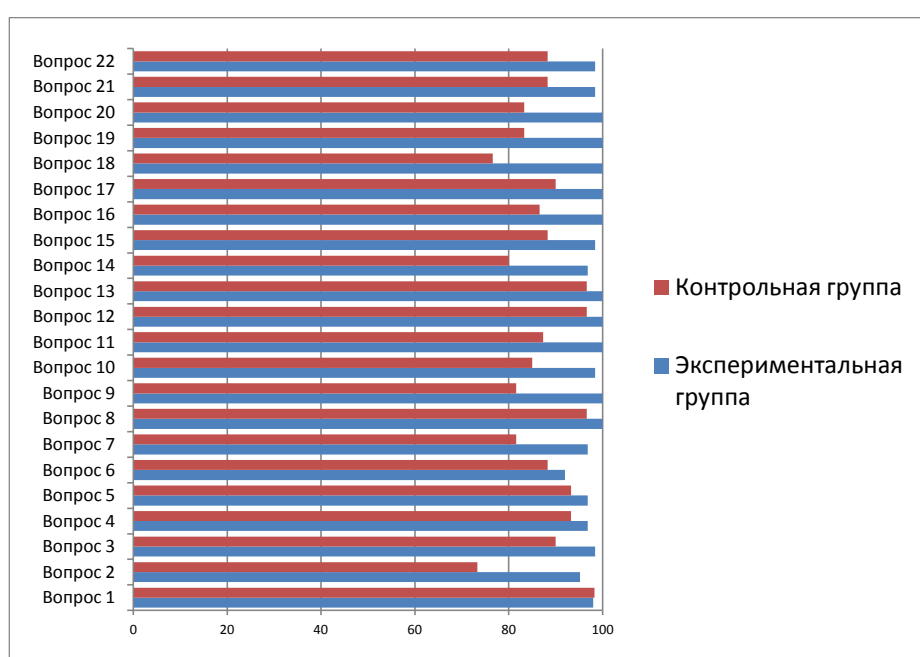


*В) приводит к гиперфосфатемии (накоплению неорганических соединений фосфора в крови), а это влечет за собой нарушение обмена кальция, что приводит к нарушению работы паращитовидных желез, повреждению костей, сердечно-сосудистой системы.*

Данные о результатах опроса пациентов представлены на диаграмме №1.

Диаграмма №1

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



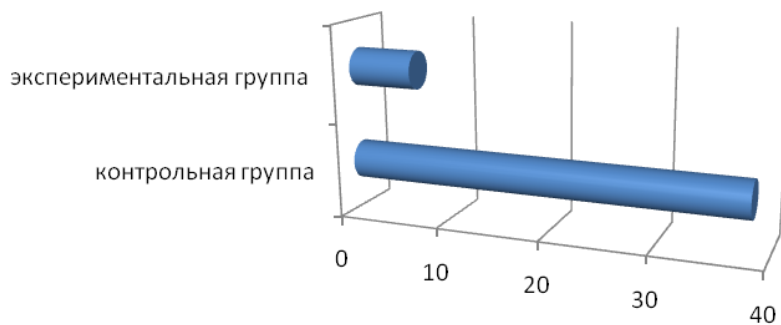
В ходе исследовательской работы осуществлялось наблюдение за поведением и психосоматическим состоянием пациентов экспериментальной и контрольной групп (данные в течение одного года).

По итогам анализа историй болезни пациентов, в которых были отражены особенности их поведения (на основании специально отобранных критериев – регулярности посещения процедуры гемодиализа; результатов анализов крови; результатов измерения веса до процедуры гемодиализа), было выявлено следующее. В контрольной группе предписанный режим лечения нарушали 23 пациента (38,3%) – 10 женщин и 13 мужчин. В экспериментальной группе, члены которой прослушали

разработанный вариант речевого просветительского послания, было выявлено лишь 4 пациента (все 4 – мужчины), нарушающих предписанный лечебный режим (6,3% пациентов). Результаты представлены на диаграмме №2.

Диаграмма №2

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



С целью изучения эффективности разработанного речевого просветительского влияния врача на процесс формирования у пациента соответствующего его здоровью поведения была проведена статистическая обработка данных, которая заключалась в оценке уровня взаимосвязи знаний пациентов о здоровьесообразном образе жизни и показателей их здоровьесообразного поведения.

Анализ результатов проведенной статистической обработки данных, полученных в ходе изучения знаний пациентов из экспериментальной и контрольной групп о здоровьесообразном поведении и показателями соблюдения этими пациентами здоровьесообразного образа жизни, позволил выявить следующее.

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 здоровьесобразного образа жизни в условиях заместительной терапии гемодиализом и соматическим состоянием пациента (по обобщенным результатам анализов), что подтверждается результатами статистического анализа соответствующих данных ( $r_s = 0,754$ ;  $p < 0,001$ ).

В целом, проведенные диагностические исследования позволили сделать вывод о том, что осуществленная в контексте проведенного диссертационного исследования разработка, позволяет врачу, использующему ее, оказывать эффективное речевое просветительское влияние на процесс формирования у пациента здоровьесобразного образа жизни.

В **заключении** подведены главные итоги проведенного исследования, основными из которых являются следующие: 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!».

**Основные положения диссертации  
отражены в следующих публикациях:**

***Публикации в изданиях, входящих в перечень рецензируемых  
научных изданий ВАК Минобрнауки РФ***

1. Исследование психологических особенностей пациентов с ХБП V стадии, находящихся на лечении гемодиализом для разработки программы психологической коррекции с помощью аудиотерапии / Н.П.Ванчакова, А.В. Тишков, **Е.А. Вацкель**, Н.В. Красильникова // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология, Социология, Педагогика. – 2013. – Вып. 4. – С. 36–44. (0,6/0,4 п.л.)

2. Динамика психологического состояния пациентов с хронической болезнью почек V стадии в ходе психокоррекции как элемент содержательной составляющей подготовки врачей по аудиотерапии / **Е.А. Вацкель**, Н.П. Ванчакова, А.В. Тишков, Н.В. Красильникова // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология, Социология, Педагогика. – 2014. – Вып. 2. – С. 29 – 38. (0,6/0,4 п.л.)

3. **Вацкель, Е.А.** Проектирование целевого и содержательного компонентов программы повышения квалификации для врачей в сфере психолого-педагогического взаимодействия с пациентами на основе анализа профессиональной деятельности по применению аудиотерапии. / Е.А. Вацкель // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. – № 11 (117). – 2014. – С. 23-26. (0,3 п.л.)

4. **Вацкель, Е.А.** Формирование профессиональной педагогической позиции врача в системе непрерывного медицинского образования / Е.А. Вацкель, Н.В. Красильникова // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – № 2. – С. 128-132. (0,5/0,4 п.л.)

5. **Вацкель, Е.А.** Активные методы в преподавании педагогических курсов в системе последипломного медицинского образования / Н.В. Красильникова, Е.А. Вацкель, В.А. Денищенко // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. № 4 (146). – С. 98-102. (0,35/0,12 п.л.)

6. **Вацкель, Е.А.** Феномен профессиональной педагогической позиции врача в отечественных и зарубежных исследованиях / Е.А. Вацкель, Н.В. Красильникова // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – №6. – С.59-64. (0,55/0,4 п.л.)

7. **Вацкель, Е.А.** Модель формирования целостного восприятия пациента как компонента клинического мышления в системе непрерывного медицинского образования / А.И. Яременко, Н.П. Ванчакова, Е.С. Макошина, Н.В. Красильникова, **Е.А. Вацкель** // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – № 1. – С.102-106. (0,45/0,1 п.л.)

8. **Вацкель, Е.А.** Специфика речевого влияния врача на пациента в процессе реализации педагогической просветительской деятельности / Е.А. Вацкель // Известия РАО. – 2018. – №3. – С. 88-95. (0,45 п.л.)

9. **Вацкель, Е.А.** Теория речевых актов как основа для моделирования педагогических просветительских текстов / Е.А. Вацкель // Известия РАО. – 2018. – №4. С. 104-113. (0,45 п.л.)

#### *Статьи в научных журналах, индексируемых в Web of Science и Scopus*

10. Lukatskiy M.A. Bioethical and deontological nature of educative activities of a doctor / M.A. Lukatskiy, N.P. Vanchakova, **E.A. Vatskel** // The European Proceedings of Social and Behavioral Studies. – 2018. – Vol. XLVI – P. 396-402. (0,5/0,3 п.л.)

#### *Учебное пособие:*

11. Основы воспитательной работы педагогов-кураторов академических групп медицинского вуза (учебное пособие) / А.А. Потапчук, Н.П. Ванчакова, В.А. Худик, В.А. Родионова, И.В. Тельнюк, Н.В. Красильникова, И.Н. Балашова, **Е.А. Вацкель**, Ю.В. Эмануэль, Т.С. Эмануэль; под ред. Н.П. Ванчаковой. – СПб: Человек, 2016. – 132 с. (8,25 п.л./0,8 п.л.)

### *Статьи в сборниках научных трудов*

12. **Вацкель, Е.А.** Исследование характеристик образовательной среды отделения гемодиализа, на котором проводится заместительная терапия больных с ХБП V стадии / Н.П. Ванчакова, Е.А. Вацкель, Н.В. Красильникова // *Здоровье – основа человеческого потенциала: Мат. VII всерос. конф. с междунар. участием.* – СПб, 2012. – Т.7. – №1 – С. 364 – 366. (0,16/0,1 п.л.)

13. **Вацкель, Е.А.** Проблемы обучения пациентов с ХБП V стадии соблюдению режима сеансов гемодиализа и особенности их психического состояния / Н.П.Ванчакова, А.В.Тишков, Е.А. Вацкель, Н.В.Красильникова // *Психосоматическая медицина – 2013: Сборник материалов VIII междунар. конгресса* – СПб: Человек, 2013. – С. 73. (0,1/0,05 п.л.)

14. **Вацкель, Е.А.** Реализация непрерывного медицинского образования на примере программ подготовки врачей по применению аудиотерапии как средства психокоррекции пациентов / Е.А. Вацкель // *Современная педагогика: методология, теория, практика: мат. III междунар. заоч. науч-практ. конф.* – Чебоксары, 2012. – Т.1. – С. 107-109. (0,2 п.л.)

15. **Вацкель, Е.А.** Использование компетентностного подхода при определении целей технологии обучения аудиотерапии / Е.А.Вацкель, Н.В. Красильникова // *Психология и педагогика: методы практического применения.* – 2013. – № 33 (2). – С. 107 – 112. (0,3/0,2 п.л.)

16. **Вацкель, Е.А.** Исследование программ последипломного образования медицинских работников с целью дальнейшего создания программ подготовки врачей по применению аудиотерапии как средства психологической коррекции пациентов / Е.А. Вацкель // *Актуальные вопросы современной психологии и педагогики: сборник докладов XIV междунар. науч. конференции / под ред. А.В.Горбенко.* – Липецк: «Гравис», 2013. – С. 96 – 101. (0,2 п.л.)

17. **Вацкель, Е.А.** Вопрос соотношения дистанционного образовательного и аудиторного компонентов при планировании программы последипломного образования врачей по аудиотерапии / Е.А. Вацкель // *Здоровье – основа человеческого потенциала: Труды VIII всерос. науч-практ. конференции с междунар. участием,* 2013. – Т.8 – № 1. – С. 175 – 178. (0,2 п.л.)