

Литвиненко Н.,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

МОДЕЛІ МОВЛЕННЄВИХ СИТУАЦІЙ У МЕДИЧНІЙ КОМУНІКАЦІЇ

У статті розглянуто моделі мовленнєвих ситуацій на різних етапах комунікативної взаємодії лікаря з пацієнтом. Відзначено доцільність використання таких моделей на заняттях з української мови зі студентами вищих медичних закладів освіти.

Ключові слова: мовлення, комунікація, формування, ситуація, етапи, медичний, моделювання, лікар, пацієнт, навчальний.

В статье рассмотрены модели речевых ситуаций на различных этапах коммуникативного взаимодействия врача с пациентом. Отмечена целесообразность использования таких моделей на занятиях по украинскому языку со студентами высших медицинских учебных заведений.

Ключевые слова: речь, коммуникация, формирование, ситуация, этапы, медицинский, моделирование, врач, пациент, учебный.

The model of linguistic behavior of doctors at various stages of communicative interaction with the patient. Noted the feasibility of using such models in the classroom in the Ukrainian language with students in higher educational institutions.

Keywords: broadcasting, communication, formation of the situation, stages, medical, modeling, doctor, patient training.

Опанування фаховими мовленнєвими навичками у вищому медичному закладі освіти передбачає засвоєння студентами необхідних знань та формування на їхній основі відповідних навичок, оскільки саме мовлення є невід'ємною частиною професійної діяльності лікаря. Тому суттєвим у процесі навчання студентів-медиків є моделювання феноменів професійного спілкування, аналіз комунікативних ситуацій та детермінантів мовленнєвої поведінки лікаря. Моделювання ситуацій, які відповідають рольовим правилам та регламенту медичної діяльності, вважаємо необхідним, бажаним і доцільним на заняттях з української мови (за професійним спрямуванням) зі студентами-медиками.

Керуючись принципами діяльнісного підходу до визначення понять, запропонованого А.А. Леонтьєвим [1], вважаємо, що витлумачення мовленнєвих ситуацій у медичній діяльності передбачає взаємодію партнерів (насамперед лікар – пацієнт, лікар – лікар), у процесі вирішення лікарем конкретних професійних завдань. При цьому доречно розрізняти стандартні та нестандартні ситуації. Стандартні ситуації визначені регламентом діяльності лікаря. Нестандартні ситуації виникають здебільшого з ініціативи пацієнта. Зважаючи на це пропонуємо проаналізувати деякі моделі комунікативних ситуацій на різних етапах професійного спілкування лікаря з пацієнтом. Основна форма такого спілкування – діалоги, що передбачають взаємодію між мовцем і слухачем, об'єднаних спільністю цільового завдання. Діалогічна комунікативна ситуація, у якій беруть участь здебільшого два комуніканти, характеризується чергуванням реплік, пов'язаних між собою конструктивно і змістовно.

Структурування медичного мовлення полягає в тому, що моделі предметно-референтних ситуацій є різними на різних етапах комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта. Характерними ознаками таких ситуацій є їхня типовість, повторюваність, обов'язковість. Саме з огляду на це ми виокремлюємо чотири етапи, кожен із яких має свою стратегічну мету та відповідно до неї обрану лікарем тактику. Це етапи знайомства, системного опитування, об'єктивного обстеження та рекомендацій. Така класифікація ґрунтується на тому, що вона акумулює в собі ключові моменти комунікативної взаємодії лікаря й пацієнта, під час яких питома вага мовлення лікаря є найбільшою.

На етапі знайомства лікар має на меті виконати такі завдання:

- установити контакт із пацієнтом;
- отримати потрібні відомості про його фізичний стан та різні супутні обставини життя.

Налагодження неформального контакту з пацієнтом, створення атмосфери довіри та взаєморозуміння є надзвичайно важливим процесом, від якого залежить подальший комунікативний контакт лікаря й пацієнта. Реалізації цього процесу сприяє застосування етикетних та фатичних форм мовлення, важливу роль відіграють невербальні засоби комунікації.

Етикетні форми, уживані лікарем під час знайомства з пацієнтом, функціонально детерміновані його фаховою комунікативною настановою: створити емоційно позитивну атмосферу довіри і взаємопорозуміння. Цьому сприяють такі чинники: 1) підпорядковане стереотипам мовленнєвої поведінки лікаря “усне контактне спонтанне діалогічне мовлення” [3, с. 4], що зазвичай характеризує соціально-рольову ознаку учасників діалогу; 2) фатична функція спілкування [5], яка в контексті медичного мовлення орієнтована на те, щоб відволікти пацієнта від тривожних думок, переживань, відчуття страху, зняти нервову напругу тощо.

Стереотипи мовної поведінки виявляють себе уже на початку розмови лікаря з пацієнтом, до якого адресовані традиційні питання загального характеру: Що сталося? На що скаржитесь? Що змусило Вас прийти до лікаря? Спонтанно можуть виникнути питання, які не мають безпосереднього зв'язку із симптомами захворювання, а стосуються насамперед психологічного стану пацієнта. Як зауважує відомий американський лікар-кардіолог, лауреат Нобелівської премії миру Бернард Лоун, “лікар, що прагне зцілити, не може й не повинен всю увагу зосередити лише на основній скарзі або лише на хворому органі. Хворому можна допомогти, лише дізнавшись про те, що його турбує в цьому житті” [4, с. 58].

Фатичне спілкування передбачає вміння пожартувати, підбадьорити інших, урізноманітнюючи в такий спосіб стандартизовані форми медичної комунікації. Аналізуючи фатичну інформацію, лікар опосередковано вилучає з неї фахово вагомі відомості. Реакція пацієнта на репліки лікаря позафахового характеру є для нього одним із

важливих джерел інформації. Лікар по-особливому зважає на невербальну поведінку пацієнта під час першої зустрічі, яка сприяє кращому сприйманню озвученої ним інформації.

Другим етапом комунікативної взаємодії лікаря з пацієнтом є етап системного опитування. Специфіка змістового простору медичного мовлення на цьому етапі відображає особливості концептуалізації дійсності у формі запиту інформації. Опитування зорієнтоване на виявлення основної скарги як провідного симптому, на якому ґрунтується вся діагностика. Із формально-структурного погляду це виражено в різновидах питань, що мають граматичні, семантичні та прагматичні відмінності.

На етапі системного опитування лікар з'ясовує причини, що спонукали пацієнта звернутися до нього, характер скарг тощо. Матеріал проаналізованих діалогів [2] засвідчує, що після отримання першої відповіді лікар зазвичай уточнює інформацію питаннями на зразок: А ще які скарги? А що ще турбує? Згодом лікар скеровує розмову, звертаючись до пацієнта з проханням уточнити деталі, акцентуючи увагу на основному. Правильно сформульовані питання лікаря звужують діапазон діагностичного пошуку.

Уважне ставлення до невербальної інформації допомагає перевірити, чи не пропущені якісь важливі ознаки хвороби і водночас робити висновки про об'єктивність отриманих даних.

Медичне мовлення на етапі опитування характеризує багатогранність тематики, котра визначає структуру діалогів лікаря з пацієнтом. Основними темами цього етапу є:

- обговорення періоду появи перших ознак захворювання;
- загальний анамнез: хронічні захворювання (зокрема цукровий діабет, гепатит, хвороби серця); шпиталізації, перенесені операції, факти переливання крові, схильність до алергійних захворювань тощо;
- умови праці та побуту пацієнта: професійні ризики, шкідливі звички, режим харчування;
- сімейний анамнез: спадковий захворювання, стан здоров'я родичів;
- функціонування різних систем організму.

Розгортання діалогу під час опитування залежить від особистих рис лікаря й пацієнта. Для лікаря надзвичайно важливо пам'ятати, що будь-яке захворювання накладає відбиток на емоційну сферу. Тому характер різних прийомів опитування значною мірою зумовлений психологічним чинником, спосіб реалізації якого у комунікативній поведінці лікаря можна виявити лише за допомогою лінгвістичного аналізу.

На третьому етапі, яким є об'єктивне обстеження, лікар керує діями пацієнта, використовуючи для огляду певні маніпуляції. Паралельно з вербальним джерелом отримання інформації використовуються також зоровий і тактильний способи. Засобом отримання вербальної інформації є остенсивна ідентифікація локалізації та характеру / інтенсивності болю (Тут боляче? А тут? Так боляче?). Така вербальна допомога лікаря не обов'язкова, однак вона здебільшого є невід'ємним елементом його комунікативної взаємодії з пацієнтом на етапі об'єктивного обстеження.

Характерною ознакою реплік лікаря на цьому етапі може бути імперативна модальність. Це виражають форми дієслів наказового способу (Лягайте! Роздягайтеся! Підніміть сорочку!), форми першої особи множини теперішнього часу, ужиті зі значенням другої особи наказового способу (*Одягаємося! Встаємо! Заплющуйте ліве око!*), речення з модальними дієсловами (Можна встати! Треба підійти сюди!), інфінітивні конструкції (Не дихати! Відрити рот!). Імперативні репліки лікаря на етапі об'єктивного обстеження можуть доповнюватися різними етикетними формулами для зниження категоричності (Будь ласка, підніміть сорочку! Прошу не дихати декілька секунд).

Директивність мовленнєвої поведінки не характерна для лікаря на цьому етапі, однак він може використовувати мовленнєві форми імперативної семантики під час обстеження пацієнта, оскільки керує ситуацією, яка потребує відповідних вчинків.

Прагматика дій лікаря на цьому етапі може бути маркована елементами емпатії (Неприємно трішки, так? Я зробила Вам боляче? Потерпіть трішечки, Ви молодчинка!).

Проникнення в особистий (інтимний) простір пацієнта компенсується пониженням гучності голосу. Додатковою дискурсивною функцією цього просодичного прийому є вияв терапевтичного сугестивного впливу.

На етапі об'єктивного обстеження лікар має визначитися з діагностичною версією. Суть цього завдання полягає передусім у вивченні хрестоматійних проявів хвороби. Водночас знання класичного перебігу захворювань – це своєрідна платформа, з якої починається діагностичний пошук хвороб з неповною або атипичною клінічною картиною.

Останнім є етап рекомендацій, на якому лікар призначає лікування або дообстеження, дає відповідні поради пацієнтові.

Зауважимо, що основним чинником для виокремлення певного типу мовленнєвої дії є інтенція мовця. У медичній комунікації дуже поширеними є імпліцитні мовленнєві дії, спричинені небажанням лікаря-мовця розкрити свої інтенції: 1) потреба переконати пацієнта виконати певну дію, якої він боїться (зробити укол, болочий аналіз тощо); 2) дотримання норм етики, коли пацієнтові не повідомляють, наприклад, об'єктивний аналіз; 3) критичність ситуації в разі пояснення пацієнтові причин помилкового попереднього діагнозу. Рекомендація за своєю інтенційністю – це насамперед вплив мовця на адресата. Здебільшого це інструктивне пояснення послідовності дій, які має виконувати пацієнт. Комунікативна ініціатива завжди належить лікареві як агенту інституційного дискурсу. Пацієнт зазвичай має уважно вислухати лікаря й бути готовим виконати його рекомендацію, яка нерідко побудована в модальності обов'язкового виконання (Ви повинні .., Вам потрібно .., Вам варто ...). Можливе використання пом'якшеної форми директивного значення рекомендації. Це буває тоді, коли вона набуває ознак поради (Я би радив Вам ...). Часто рекомендація лікаря органічно пов'язана з такими формами його волевиявлення, як порада, прохання, інструкція, заборона, дозвіл.

Особливістю цього етапу є й те, що рекомендація лікаря має форму розгорнутого волевиявлення у відповідь на питання, яке містить приховану або виражену констатацію несприятливого становища і прохання про допо-

могу. Рекомендація лікаря передбачає насамперед інструктивний перелік дій з метою виправити несприятливу ситуацію, викликану хворобою, та (факультативно) пояснити ці дії. Завершальним елементом спілкування лікаря з пацієнтом на цьому етапі є мовленнєва дія подяки пацієнта.

Отже, виокремлені етапи у структурі медичної комунікації та зумовлені ними ситуації спілкування є різними за своїм призначенням, що впливає на особливості мовлення лікаря. Моделювання таких ситуацій на заняттях з української мови у вищих медичних закладах освіти має на меті підготувати студентів до застосування своїх знань у подальшій професійній діяльності.

Література:

1. Леонтьев А. А. Психология общения / А. А. Леонтьев. – Тарту: Тартус. гос. ун-т, 1974. – 218 с.
2. Литвиненко Н. П. Сучасний український медичний дискурс / Ніна Литвиненко. – Х.: Історико-філологічне товариство. – 302 с.
3. Литовченко В. М. Український мовленнєвий етикет: соціолінгвістичний аспект / В. М. Литовченко // “Наукові записки” Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського: зб. наук. праць. Серія: Філологія. – Вінниця, 1989. – Вип. 1. – С. 3-6.
4. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лоун. – М.: КРОН-ПРЕСС., 1998. – 367 с.
5. Формановская Н. И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход / Н. И. Формановская. – М.: Рус. яз., 2002. – 216 с.