

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



досвід. Медичний дискурс – це неоднорідне утворення, у складі якого існує ряд жанрів, що характеризуються певними соціально-рольовими, комунікативними та структурно-семантичними особливостями. Оскільки мовленнєве спілкування невід’ємне від професійних дій медиків, науковці значну увагу приділяють виокремленню його типів з урахуванням функцій лікаря як суб’єкта фахового спілкування. Так, в контексті дослідження проблеми професійної підготовки студентів-медиків розрізняють такі різновиди фахового мовлення:

- мовленнєве інформування (повідомлення пацієнту про його діагноз, лікування тощо);
- отримання інформації (характеризується мовленнєвими діями лікаря, спрямованими на збирання анамнезу: історія життя, умови праці, спадкові хвороби тощо);
- обмін інформацією з колегами (включає консультації із іншими лікарями, участь у консилиумах, семінарах та конференціях).

Кожен із цих етапів передбачає застосування лікарем відповідних комунікативних стратегій, які формують семантичне наповнення фахового дискурсу. Вектор інформаційного пошуку на етапі системного опитування, зорієнтований у напрямі «лікар – пацієнт – лікар», реалізується у структурі висловлень лікаря шляхом використання ним широкого спектра питальних речень у контексті відповідних мовленнєвих ситуацій.

Не слід залишати поза увагою такий аспект медичного дискурсу як публічне спілкування (конференції, дискусії, при обговоренні пацієнтів, що перебувають у критичному стані). І хоч даний аспект аналізується у дидактичному аспекті, однак сама інформація є цінною для формування цілісної картини щодо дискурсивної діяльності лікаря.

З аналізу комунікативної природи медичного дискурсу випливають такі його системотвірні ознаки, як інституційність, ритуалізованість, особистісність, асиметричність, інтелектуальність і психологічність.

Інституційність медичного дискурсу проявляється в тому, що він є однією із форм діяльності соціального інституту медицини. Важливою ознакою медичного дискурсу як інституційного дискурсу виступає його ритуалізованість, реалізована в його невербальному і вербальному компонентах.

Особистісність / персональність медичного дискурсу визначається його терапевтичними цілями і реалізується за допомогою різних засобів його деформалізації для скорочення комунікативної дистанції між учасниками спілкування.

Ще однією ключовою ознакою досліджуваного феномену виступає асиметричність спілкування, що є результатом володіння лікарем комунікативної влади. Комунікативна влада виникає внаслідок того, що лікар наділений соціальною та структурною владою (приналежність до суспільного інституту медицини, соціальна роль і репутація лікаря і т.д.), харизматичною владою (його особистісні характеристики), професійною владою (спеціальні теоретичні знання, практичні навички та вміння, дискурсивна компетенція). Влада як комунікативна категорія отримує в даному дискурсі реалізацію в діяльнісному і комунікативному аспектах. У першому випадку вона проявляється в контролі за діями пацієнта. Другою формою об’єктивації влади виступає комунікативне домінування лікаря.

Інтелектуальність дискурсу реалізується у факті існування особливого дискурсивного знання (наукова медична картина лікарів, наївна медична картина світу пацієнтів, інтерактивне, лінгвістичне і прагматичне знання), а, крім того, в діяльнісному аспекті дискурсу, організованого у вигляді наукового пошуку (висування діагностичної гіпотези і її підтвердження або спростування), в його раціональності (природничо-науковий підхід до інтерпретації природи, явищ). Психологічність як найважливіша ознака медичного дискурсу, що виражається у спілкуванні “лікар-пацієнт”, формується його терапевтичними цілями і полягає у створенні певної атмосфери за допомогою специфічних прийомів впливу. Такими прийомами виступають, перш за все, сугестія і емпатія. Сугестивність медичного дискурсу розуміється нами як цілеспрямований, структурований і організований вплив на психічну сферу пацієнта для забезпечення некритичного сприйняття інформації, що надходить, та виконання запропонованих лікарем дій. Структурованість сугестії полягає у використанні для впливу різних засобів: лінгвістичних, лінгвопрагматичних, просодичних, кінестичних, мімічних, проксемічних, тактильних. Поряд із сугестією важливу роль в усній медичній комунікації відіграє емпатія, що сприймається як здатність лікаря оцінювати ситуацію, в якій опинився пацієнт, її перспективи, пережити почуття, а також вміння продемонструвати його повне розуміння. Емпатія має когнітивний фокус, так як її демонстрація лікаря пов’язана з перемиканням власної когнітивної перспективи на перспективу пацієнта. Нормою комунікативної поведінки лікаря є емоційна відстороненість, яка функціонує в ролі захисного механізму, в емоційно-генних ситуаціях, а також засоби підтримки раціональності медичного дискурсу.

Вивчення медичного дискурсу дає можливість представити мовний портрет сучасного лікаря, виявити ефективні способи мовного впливу на пацієнта. Вибір тієї чи іншої тактики і її ефективність залежить від професійних цілей і ситуацій спілкування, від типу особистості і загальної, у тому числі і мовленнєвої культури лікаря.

Осипенко В.А.

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ДЕЗАДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Кафедра психології та соціології

Буковинський державний медичний університет

Згідно з даними теоретичного аналізу і практичних спостережень, невміння адаптуватися, психологічна нестійкість, неможливість справлятися зі стресовими ситуаціями можуть стати поштовхом до втрати



професійної мотивації, емоційного вигорання молодого лікаря-фахівця. Проблема формування навичок адаптивних (долаючих) стратегій поведінки ще на етапі навчання студентів є одним з актуальних і пріоритетних напрямків досліджень сьогодення.

Дослідження рівня адаптації та проявів адаптивної-дезадаптивної поведінки студентів-медиків першого року навчання, що проводились в БДМУ, свідчать про невисокий відсоток прояву, власне дезадаптації (5% від загальної кількості респондентів- українських студентів і 10,6% від загальної кількості респондентів- студентів- іноземців з англійською мовою навчання). Натомість, спостерігається значне поширення проявів дезадаптивної поведінки студентів-медиків першого року навчання, особливо серед студентів-іноземців.

З метою подолання дезадаптивної поведінки студентів-медиків можна застосовувати різні психологічні засоби з різними рівнями ефективності. Сутність програм корекційної роботи зі студентами-медиками під час навчання полягає у навчанні молоді людини адаптивним навичкам когнітивного, поведінкового та емоційного копіювання та передбачає заходи, комплекс яких спрямований на мінімізацію дії механізмів психологічного захисту, активізацію власних копіювання-ресурсів й гармонізацію індивідуально-особистісних якостей.

Розглядаються наукові підходи щодо визначення сутності явища копіювання, копіювання-ресурсів, копіювання- поведінки, копіювання- стратегій особистості, а також драматургічно-рольову парадигму. Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що питаннями долаючої поведінки (копіювання) займався чимало вчених: Т.Ю. Більгільдєєва, О.Г. Власова, Р.М. Грановська, І.П. Стрельцова, О.Н. Юрасова, В.О. Бодров, В.І. Євдокимов, І.Е. Єсауленко та ін.

Згідно з результатами дослідження адаптивної-дезадаптивної поведінки студентів БДМУ встановлено, що переважна більшість студентської молоді для вирішення своїх життєвих труднощів частіше за все обирають неадаптивні варіанти когнітивних та поведінкових стратегій. Це в майбутньому може негативно впливати на процес їх професійної адаптації, подальшої соціалізації; може призвести до зниження особистісної та професійної лікарської активності, появи психосоматичних реакцій.

До адаптивних копіювання-стратегій відносять «асертивні дії», «вступ до соціального контакту», «пошук соціальної підтримки», які спрямовані на вирішення проблемної чи стресової ситуації, що виникла за умов адаптації до навчання у виші, або на отримання соціальної підтримки від оточення. До числа дезадаптивних копіювання-стратегій включають «агресивні дії», «асоціальні дії», «уникнення», що характеризуються невпевненістю в собі та у соціальному оточенні, а також негативізмом стосовно оточуючих. Активне додання дезадаптивних проблем є когнітивно-поведінковим процесом, в результаті якого формується загальна соціальна компетентність особистості.

Таким чином, копіювання-поведінка – це «система внутрішньо взаємопов’язаних дій, яка здійснюється людиною в ситуаціях психологічної загрози фізичному, особистісному та соціальному благополуччю, здійснюється у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах функціонування особистості й веде до успішної або менш успішної адаптації».

Цікавою, на наш погляд, є класифікація копіювання, яку запропонував американський дослідник С. Карвер. На його думку, найбільш адаптивними копіювання-стратегіями є ті, які безпосередньо спрямовані на вирішення проблемної ситуації:

1. Активний копіювання – активні дії з усунення джерела стресу.
2. Планування – планування своїх дій відносно проблемної ситуації, що склалася (щоденник-органайзер, де студент може записати свої плани на день, тиждень, місяць і відмічати виконання).
3. Пошук активної соціальної підтримки – пошук допомоги, поради у свого соціального оточення (досвід успішної адаптивної поведінки студентів старших курсів).
4. Позитивне тлумачення та зростання – оцінка ситуації з погляду її позитивних сторін і ставлення до неї як до одного з епізодів свого життєвого досвіду.
5. Прийняття – визнання реальності ситуації.

Якщо врахувати, що успішна адаптивна поведінка залежить від соціального оточення (академічної групи) студента - медика, важливе місце в подоланні дезадаптивної поведінки відіграватимуть драматично-рольові технології.

Поняття ролі та рольові підходи у практичній роботі пов’язані з метафорою сцени чи театру. Вивчення та науково-практичне впровадження рольових технологій включає тренінг особистісної та соціальної самореалізації та рольовий креативний тренінг.

У тренінгах можна використати наступні методи: рольова гра і техніки психодрами та соціодрами, зокрема: а) техніки, спрямовані на вивчення точки зору іншої людини, погляд на себе і на ситуацію зі сторони, рефлексію ("обмін ролями", "дзеркало") б) техніки, спрямовані на усвідомлення прихованого досвіду ("дублювання"), в) елементи аксіодрами (робота з цінностями), г) релетиція прийняття складних рішень (техніка "крок в майбутнє") та багато інших методик психодрами, соціодрами, рольової гри, транзактного аналізу.

Висновки. Використання практичних соціально-психологічних технологій є ефективним засобом вирішення численних соціально-психологічних проблем, однією з яких виступає проблема дезадаптивної поведінки студентів-першокурсників. Особливе місце у впровадженні цих практичних розробок належить рольовим технологіям та технікам по формуванню навичок адаптивного копіювання, які ми розглядаємо як можливі і цілком реальні шляхи подолання дезадаптивної поведінки.