

РЕАЛИЗАЦИЯ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В ОЦЕНКЕ СТАТУСА ПАЦИЕНТА И ЕГО РОЛИ В ПИСЬМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНТЕРАКЦИИ

В. В. Жура

*доктор филологических наук, доцент, заведующая кафедрой иностранных языков с курсом латинского языка,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, vvzhura@gmail.com*

Е. Г. Семенова

*старший преподаватель кафедры иностранных языков с курсом латинского языка,
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, yaitskova@mail.ru*

В статье рассматривается, каким образом основные биоэтические принципы получают отражение при оценке статуса пациента и его роли в терапевтическом взаимодействии в письменных медицинских документах. Нами установлено, что при характеристике таких аспектов сущности пациента, как биомедицинский, социальный, поведенческий, последовательно реализуются следующие принципы: соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, блага пациента. В работе описаны факты нарушения принципа уважения прав и достоинства человека, выражающиеся в речевой стигматизации пациента.

В письменных медицинских документах с позиций биоэтической перспективы негативно или позитивно оцениваются характер и степень участия пациента в медицинской интеракции, исходя из блага пациента и его комплаентности.

Ключевые слова: биоэтические принципы, письменная медицинская интеракция, комплаентность, речевая стигматизация пациента.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-35-39

IMPLEMENTATION OF BIOETHIC PRINCIPLES IN THE EVALUATION OF THE PATIENT'S STATUS AND ROLE IN WRITTEN MEDICAL INTERACTION

V. V. Zhura

*Doctor of Philology, Associate Professor, Head of the Department of Foreign Languages with a Latin Language Course,
Volgograd State Medical University, vvzhura@gmail.com*

E. G. Semenova

*Senior Lecturer in the Department of Foreign Languages with a Latin Language Course,
Volgograd State Medical University, yaitskova@mail.ru*

The article explored the fact that various bioethical principles underlie the evaluation of the patient's status and role in therapeutic interactions in written medical documents. We have found that characterization of biomedical, social and behavioural aspects of the patient's existence relies on such bioethical principles as obligation, truthfulness, respect for human rights and dignity, the patient's good. A few facts of the violation of the principle of respect for human rights and dignity consisting in verbal stigmatization have been provided.

Bioethical perspective is also taken to evaluate the mode and extent of the patient's involvement in a medical interaction, which are either negatively or positively assessed based on the patient's compliance and good.

Key words: bioethical principles, written medical interaction, compliance, verbal stigmatization of the patient.

Значительный прогресс в области медицины, достигнутый в XX–XXI веках, позволил говорить о возникновении новых тенденций как в рамках сектора здравоохранения, так и в масштабах всего общества. Изменившиеся материальные контексты и условия взаимодействия врача и пациента приводят к появлению новых моделей, применяющихся в ходе их интеракции. Различия в паттернах медицинского взаимодействия обусловлены, прежде всего, целью, реализуемой в процессе интеракции, а также статусом и ролью каждого из участников общения. Яркой демонстрацией этому могут послужить патерналистская и коллегиальная модели которых цель взаимодействия (выявление медицинской проблемы и оказание помощи пациенту) достигается разными способами,

значительно отличается вклад каждого из его участников.

Одним из важных способов взаимодействия врача и пациента является письменная коммуникация, представляющая собой особый вид отсроченной медицинской интеракции. Различные виды медицинских документов, используемые для регистрации информации процедур диагностического, терапевтического, профилактического, санитарно-гигиенического характера, составляемые врачом, становятся впоследствии предметом восприятия и интерпретации не только медицинских специалистов, но и пациента. Круг таких документов достаточно обширен и включает материалы медицинской карты, выписки из медицинских карт, медицинские заключения и справки, протоколы

различных исследований и вмешательств и др. Являясь формой отсроченной коммуникации, подобные документы могут пролить свет на то, какие биоэтические ориентиры определяют особенности оценивания врачом статуса пациента и его роли в процессе терапевтического взаимодействия и даже зафиксировать эпизоды отступления от норм этического поведения со стороны первого.

Целью данного исследования стало выявление особенностей оценивания статуса пациента и его роли в медицинской интеракции с позиций биоэтических принципов на материале различных медицинских документов (описаний клинических случаев, медицинских выписок и заключений) на английском и русском языках, размещенных в свободном доступе в сети Интернет, а также полученных авторами на основе принципа информированного согласия. Мы полагаем, что подобный ракурс изучения позволит нам установить, насколько глубоко произошла интериоризация ценностей современной биоэтики в сознании современных врачей и какие из ее принципов и моделей взаимодействия реализуются в отсроченной медицинской коммуникации.

Под статусом пациента в данном исследовании понимаются различные аспекты феноменологической сущности пациента, существенные для достижения цели и задач медицинской интеракции. Роль пациента заключается в степени и характере его вовлеченности в терапевтический процесс, конечной точкой чего можно считать его комплаентность.

Гипотезой исследования стало то, что под влиянием биоэтических концепций в отсроченной письменной медицинской коммуникации происходит переоценка статуса пациента в направлении от восприятия его как чисто биомедицинской сущности к включению в него социальных, психоэмоциональных и даже нравственных аспектов бытия человека. Изменяются также представления о его роли в терапевтическом процессе, согласно которым активное вовлечение пациента в медицинскую интеракцию позволяет повысить его комплаентность. При этом существенным условием реализации указанных тенденций является соблюдение основных биоэтических принципов, таких как принцип уважения прав и достоинства человека, принцип уважения автономии пациента, принцип справедливости и др.

Важным аспектом содержания медицинских документов является установление и фиксация клинической картины заболевания, осуществляемые на основе устного представления пациента. Такой подход в медицине обусловлен биоэтическими принципами долга и правдивости при получении и трансляции важных данных в отношении здоровья

человека. Таким образом, ведущим компонентом статуса пациента в письменной медицинской коммуникации становятся его биомедицинские параметры, описываемые посредством указания на релевантные клинические признаки, приведения лабораторных и инструментальных данных, градуирующих состояние функциональных систем его организма:

«Her amylase level was 5000u/l. An ultrasound, MRCP and endoscopic ultrasound (EUS) failed to demonstrate any gallstones. Viral titres were also normal» [1].

Интересным является тот факт, что при презентации соматических параметров происходит деперсонализация текста различными лексическими и грамматическими средствами. Таким образом, описываемый субъект, то есть пациент, становится вторичным по отношению к актуализируемому соматическим и клиническим параметрам (проходила обследование амбулаторно, госпитализирована в ..., почки не пальпируются, No gastritis, ulceration or blood was noted. Cardia was normal. Pylorus and duodenum normal) [2].

Подобный формат презентации пациента акцентирует серийность, шаблонность процедур, в процессе выполнения которых человек воспринимается как биологическая субстанция.

Таким образом, основным статусным аспектом представления феноменологической сущности пациента, получающим отражение в отсроченной медицинской коммуникации, становится биомедицинское измерение, в фокусе которого оказываются патофизиологические изменения, происходящие в различных системах организма.

Растущее в современной биоэтике осознание ответственности пациента в принятии решений и важности его активной вовлеченности в процесс лечения и популяризация ее идей среди современных врачей приводит к тому, что в ходе отсроченной письменной медицинской коммуникации отражение получают также параметры социального бытования больного человека, актуальные для оценки и коррекции его патофизиологического состояния [6]. Сбор и регистрация подобной информации наряду с клиническими основаниями обусловлена необходимостью следования биоэтическим принципам соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, требующих в том числе представления пациенту полной и достоверной информации.

В медицинских документах представлена информация, которая может препятствовать или способствовать коррекции патофизиологического состояния пациента. В некоторых случаях она может сопровождаться имплицитной (положительной или отрицательной) аксиологической оценкой, выражаемой с позиций имеющейся патологии.

«However, her husband has been out of work for more than a year, and their only source of income is her Social Security check. Therefore, she has been unable to purchase the fluticasone or salmeterol» [7].

Приведенный выше пример тесно связан с таким биоэтическим принципом, как принцип справедливости, постулирующим необходимость обеспечения равных прав на получение медицинских услуг всем членам общества. В соответствии с данным принципом описанные обстоятельства (отсутствие работы, недостаток средств для нормальной жизнедеятельности) являются важным препятствием для получения квалифицированной медицинской помощи и отрицательно влияют на развитие заболевания, что позволяет сделать вывод об их имплицитном негативном аксиологическом потенциале.

Таким образом, в подобных контекстах пациент воспринимается нами как сущность социальная, а не только биомедицинская, выделяются те аспекты его социального бытования, которые имеют существенное значение для коррекции его заболевания. Кроме того, подобный статусный параметр часто соотносится с социокультурными ценностями и подвергается оценке. Кроме того, характеристика данного параметра бытия человека проливает свет на то, какова роль самого пациента в процессе лечения, которая в приведенном примере имеет негативное звучание.

Следующий аспект оценивания статуса пациента включает нравственное измерение бытия пациента и тесно связан с реализацией биоэтического принципа «твори добро». В данном случае в документе происходит презентация различных поведенческих аспектов жизнедеятельности пациента, непосредственно связанных с процессами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации после заболевания. В ряде случаев такая информация также сопровождается имплицитной или эксплицитной оценкой, нацеленной на то, чтобы направить пациента на путь выздоровления, даже путем порицания.

Примером этому может послужить приведенный ниже отрывок, в котором дается имплицитная отрицательная оценка поведения пациента, в частности его комплаентности: «She does not know her cholesterol level» [5]. Отрицательная оценочность данного фрагмента связана с тем, что при сборе анамнеза пациент затрудняется ответить на вопрос врача об уровне холестерина, то есть не уделяет должного внимания своему здоровью. Факт отсутствия комплаентности подвергается фиксации в документе и требует дальнейших усилий по ее устранению.

Поведенческий аспект может сопровождаться положительной оценкой, в случаях, когда

действия пациента оцениваются как приемлемые с точки зрения медицины, в силу того, что они способствуют укреплению здоровья и указывают на его комплаентность: «The patient is up to date on her immunizations» [7]. Следовательно, данный статусный параметр также играет важную роль в характеристике роли пациента в терапевтическом процессе.

В текстах письменных медицинских документов также могут быть отражены психоэмоциональные аспекты поведения человека, которые также зачастую ассоциированы с положительной или отрицательной оценкой и определяют степень и характер его участия в процессе лечения.

Важным свидетельством применения биоэтической перспективы при оценке роли и статуса пациента в письменный медицинский дискурс является проникновение элементов модели совместного принятия решения в его содержание. Это наблюдается в тех случаях, когда в документе получают объективацию мнения и оценки пациента, свидетельствующие о том, что врач в ходе сбора диагностической информации учитывает позицию пациента: «Originally, she thought she was getting a cold». Данный факт является проявлением распространенности в клинической практике «коллегальной модели» взаимодействия врача с пациентом, что получает отражение и в отсроченной письменной медицинской коммуникации.

О попытках коммуникативного взаимодействия свидетельствует также использование в описаниях клинических случаев приема «чужой речи», который подчеркивает объективность и непредвзятость врача и применяется для совместного конструирования картины заболевания и выбора лечения:

«She states that she counts her carbohydrate servings at each meal and is “watching what she eats”» [7].

Привлечение «чужой речи» врачом может быть ассоциировано с имплицитной отрицательной оценкой, как нижеследующем примере, в котором использование прямой речи пациента становится свидетельством отсутствия комплаентности с его стороны, выражающегося в несоблюдении схемы приема препарата:

«She says she occasionally “takes a little more” insulin when she notes high blood glucose readings, but she has not been instructed on the use of an insulin adjustment algorithm» [7].

Важным моментом при анализе аксиологической оценки, объективируемой в текстах медицинских документов, является отграничение оценочных смыслов, связанных с реализацией основных биоэтических принципов при характеристике социальных, поведенческих и психоэмоциональных

параметров пациента и оценочных смыслов, связанных с нарушением принципов уважения и достоинства человека и принципа уважения автономии пациента. В последнем случае мы имеем дело с проникновением субъективных смыслов в текст медицинских документов при характеристике пациента.

В современных публикациях, посвященных особенностям представления пациента в медицинских документах, отмечены факты нарушения указанных выше принципов и возникновения проблемы стигматизации пациента [3, 4].

Выявляемые эпизоды вербальной стигматизации являются свидетельством предвзятого отношения к пациенту, могут негативно повлиять на адекватность принятия клинического решения и установление терапевтических отношений между врачом и пациентом.

В исследовании А. П. Годду и др. проведен сопоставительный анализ примеров речевой стигматизации и нейтральных вариантов описания симптоматики и поведения пациента, зафиксированных в медицинских заключениях. Отмечено, что первая проявляется в проникновении компонентов с субъективной отрицательной оценкой действий пациента, что является прямым нарушением принципа уважения прав и достоинства человека:

(1) «*He spent yesterday afternoon with friends*» (нейтральный стиль) «*Yesterday afternoon, he was hanging out with friends*» (стигматизация).

(2) «*He has about 8–10 pain crises per year, for which he typically requires opioid pain medication in the ED*» (нейтральный стиль). «*He is narcotic dependent and in our ED frequently*» (стигматизация).

(3) «*Mr. R is sleeping but easily arousable and seems distressed*» (нейтральный стиль). «*Mr. R is sleeping but easily arousable and has been cussing at nurse*» (стигматизация).

(4) «*Over the past few days, he has taken 2 tabs every 4–6 hours*» (нейтральный стиль). «*Over the past few days, he says that he has taken 2 tabs every 4–6 hours*» (стигматизация) [3].

В стигматизирующих высказываниях используется целый ряд вербальных сигналов, таких как избыточная детализация, оценочные слова, глаголы речевой констатации, которые свидетельствуют о субъективном отношении и недоверии к пациенту.

Проведенное исследование позволило установить то, как биоэтические принципы направляют врача при оценивании статуса пациента и его роли в терапевтическом процессе. В ходе отсроченной письменной медицинской интеракции последовательно реализуются следующие принципы: соблюдения долга, правдивости и уважения прав и достоинств человека, блага пациента, которые

призваны обеспечить наиболее полное достижение цели данного вида социальной интеракции.

На основании указанных принципов в отсроченной письменной медицинской коммуникации происходит оценивание таких аспектов феноменологической сущности пациента, как его биомедицинское начало, социальные, поведенческие, в том числе психоэмоциональные параметры его жизнедеятельности.

В ряде случаев данные позволяют говорить и о нарушениях принципа уважения прав и достоинства человека, связанных с фактами речевой стигматизации пациента.

Биоэтическая перспектива при изложении медицинской информации прослеживается также в оценке роли пациента в ходе терапевтического взаимодействия.

В текст включается указание на факты, проливающие свет на характер и степень участия пациента в медицинской интеракции, которые в соотнесенности с основными биоэтическими принципами негативно или позитивно оцениваются с позиций комплаентности и блага пациента.

Дальнейший анализ того, каким образом ценности и принципы биоэтики определяют и направляют коммуникативную деятельность врача, является важным условием гармонизации отношений между ним и пациентом в медицине, а также наиболее полной реализации целей деятельности в этой сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Acute epigastric pain – case study by Dr Louise Newson on the 3 May 2017. URL: <https://www.gponline.com/acute-epigastric-pain-case-study/gi-tract/article/1431336>.
2. Clinical Case Studies: Immunopaedia. URL: <https://www.immunopaedia.org.za/clinical-cases>.
3. Goddu A. P., O'Connor K. J., Lanzkron S., Saheed M. O., Saha S., Peek M. E., Haywood C., Beach M. C. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record // *Journal of General Internal Medicine*. – 2018. – Vol. 33. – Issue 5. – P. 685–691.
4. Hill T. E. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. – 2010. – Vol. 5. – P. 5–11.
5. Sample Written History and Physical Examination. URL: www.med.unc.edu/medclerk/files/2018/10/UMNwriteup.pdf.
6. Van Ryn M., Burgess D., Malat J., Griffin J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease // *American Journal of Public Health*. – 2006. – Vol. 96 (2). – P. 351–357.
7. Yarbrough P. Case Study: A Patient With Type 2 Diabetes Working With an Advanced Practice Pharmacist to Address Interacting Comorbidities // *Diabetes Spectrum*. – 2003. – Vol. 16 (1). – P. 41–48.

REFERENCES

1. Acute epigastric pain – case study by Dr Louise Newson on the 3 May 2017. URL: <https://www.gponline.com/acute-epigastric-pain-case-study/gi-tract/article/1431336>.
2. Clinical Case Studies: Immunopaedia. URL: <https://www.immunopaedia.org.za/clinical-cases>.
3. Goddu A. P., O'Connor K. J., Lanzkron S., Saheed M. O., Saha S., Peek M. E., Haywood C., Beach M. C. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record // Journal of General Internal Medicine. 2018. Vol. 33. Issue 5. P. 685–691.
4. Hill T. E. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2010. Vol. 5. P. 5–11.
5. Sample Written History and Physical Examination. URL: www.med.unc.edu/medclerk/files/2018/10/UMNwriteup.pdf.
6. Van Ryn M., Burgess D., Malat J., Griffin J. Physicians' Perceptions of Patients' Social and Behavioral Characteristics and Race Disparities in Treatment Recommendations for Men With Coronary Artery Disease // American Journal of Public Health. 2006. Vol. 96 (2). P. 351–357.
7. Yarborough P. Case Study: A Patient With Type 2 Diabetes Working With an Advanced Practice Pharmacist to Address Interacting Comorbidities // Diabetes Spectrum. 2003. Vol. 16 (1). P. 41–48.

УДК 614.253:61:81.27

КУЛЬТУРА РЕЧИ ВРАЧА КАК ОСНОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ

Т. К. Фомина

доктор социологических наук, доцент, заведующая кафедрой русского языка и социально-культурной адаптации, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, tkfomina@yandex.ru

Ю. Г. Фатеева

кандидат филологических наук, доцент кафедры русского языка и социально-культурной адаптации, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, fatjg@mail.ru

О. В. Костенко

кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, biosoc@yandex.ru

Статья посвящена вопросам коммуникативной компетенции врача как составляющей профессиональной этики. Знание норм современного русского литературного языка, соблюдение данных норм в устной и письменной речи медицинского работника способствуют установлению контакта между врачом и пациентом. Для выявления уровня владения нормами русского языка, подготовленности к речевой профессиональной деятельности было проведено исследование, в ходе которого были выявлены наиболее типичные ошибки: орфоэпические, морфологические, лексические, стилистические. Соблюдение норм языка и этики общения способствует достижению основной цели медицинской деятельности – выздоровлению больного.

Ключевые слова: коммуникативная компетенция, нормы современного русского литературного языка, этические нормы, профессиональное общение, лингвоактивная профессия.

DOI 10.19163/2070-1586-2020-1(25)-39-42

DOCTOR'S SPEECH CULTURE AS THE MAIN COMPONENT OF PROFESSIONAL ETHICS

T. K. Fomina

Doctor of Sociology, Associate Professor, Head of the Department of the Russian Language and Socio-Cultural Adaptation, Volgograd State Medical University, tkfomina@yandex.ru

Yu. G. Fateeva

Candidate of Philological Sciences, Associate Professor of the Department of the Russian Language and Socio-Cultural Adaptation, Volgograd State Medical University, fatjg@mail.ru

O. V. Kostenko

PhD, associate Professor in the Department of Philosophy, Bioethics and Law with the Course of Psychology and Sociology for Medicine, Volgograd State Medical University, biosoc@yandex.ru

The article is devoted to the communicative competence of a doctor as a component of professional ethics. Knowledge of norms of the modern Russian literary language, compliance with these standards in the oral and written speech of a medical worker helps to establish contact between doctor and a patient. To identify the level of knowledge of Russian language norms, readiness for professional speech a scientific research was made, during which the most typical mistakes were revealed: