

увеличивать рост коллатералей в миокарде больных стабильной ИБС [13].

Результаты исследования в совокупности с приведенными литературными данными свидетельствуют о необходимости включения ивабрадина в терапию пациентов с систолической ХСН и синусовым ритмом с ЧСС 70 уд/мин и более как в совместной терапии с БАБ, так и в качестве альтернативы при их непереносимости или противопоказаниях. Настоящее положение впервые представлено в 2012 году в Европейских рекомендациях по лечению ХСН [15], а в 2013 году включено в Российские рекомендации по ХСН [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. Хроническая сердечная недостаточность // Избранные лекции по кардиологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 432 с.
2. Гуревич М. А. Хроническая сердечная недостаточность: Руководство для врачей. – М.: изд.-во «Практическая медицина», – 2008. – 414 с.
3. Ерофеева С. Б., Манешина О. А., Белоусов Ю. Б. Место ивабрадина – первого If ингибитора избирательного и специфического действия, в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Качественная клиническая практика. – 2006. – № 1. – С. 10–22.
4. Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П. и соавт. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Журнал «Сердечная недостаточность». – 2013. – № 7 (81). – С. 3–62.
5. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма // Краснодар: «Кубань-Книга», 2010. – 244 с.
6. Покровский В. М. Формирование ритма сердца в организме человека и животных. – Краснодар, 2010. – 144 с.
7. Bristow M. R. Treatment of chronic heart failure with β -adrenergic receptor antagonists: A convergence of receptor pharmacology and clinical cardiology // Circ. res. – 2011. – Vol. 109. № 10. – P. 1176–1194.
8. DiFrancesco D., Camm A. Heart rate lowering by specific and selective if current inhibition with ivabradin // Drugs. – 2004. – Vol. 64. № 16. – P. 1757–1765.

9. Dominguez-Rodriguez A., Blanco-Palacios G., Abreu-Gonzalez P. et al. Increased heart rate and atherosclerosis: potential implications of ivabradine therapy // World. j. cardiol. – 2011. – Vol. 3. № 4. – P. 101–104.

10. Ekman I., Chassany O., Komajda M. et al. Heart rate reduction with ivabradine and health related quality of life in patients with chronic heart failure: results from the SHIFT study // Eur. heart j. – 2011. – Vol. 32. № 19. – P. 2395–2404.

11. Fang Y., DeBunne M., Vercauteren M. et al. Heart rate reduction induced by the if current inhibitor ivabradine improves diastolic function and attenuates cardiac tissue hypoxia // J. cardiovasc. pharmacol. – 2012. – Vol. 59. № 3. – P. 260–267.

12. Fox K., Ford I., Steg P. G. et al. on the BEAUTIFUL Investigators. Heart rate as a prognostic risk factor in patients with coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a subgroup analysis of a randomised controlled trial // Lancet. – 2008. – № 372. – P. 817–821.

13. Gloekler S., Traupe T., Stoller M. et al. The effect of heart rate reduction by ivabradine on collateral function in patients with chronic stable coronary artery disease // Heart. – 2014. – Vol. 100. № 2. – P. 160–166.

14. Heidenreich P. A., Albert N. M., Allen L. A. et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American heart association // Circ. heart. fail. – 2013. – Vol. 6. № 3. – P. 606–619.

15. McMurray J. J., Adamopoulos S., Anker S. D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European society of cardiology. Developed in collaboration with the Heart failure association (HFA) of the ESC // Eur. heart. j. – 2012. – Vol. 33. № 14. – P. 1787–1847.

16. Swedberg K., Komajda M., Böhm M. et al. SHIFT Investigators. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study // Lancet. – 2010. – № 376. – P. 875–885.

17. Tardif J. C., O'Meara E., Komajda M. et al. Effects of selective heart rate reduction with ivabradine on left ventricular remodeling and function: results from the SHIFT echocardiography substudy // Eur. heart j. – 2011. – Vol. 32. № 20. – P. 2507–2515.

Поступила 07.09.2014

А. А. СИДОРОВ, Н. Н. БОНДАРЕНКО

ВОПРОСЫ КОММУНИКАЦИИ СЛАБОСЛЫШАЩИХ И ГЛУХИХ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНЕ

Кафедра терапевтической стоматологии

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Россия, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1;
тел. +79519132222. E-mail: ansidor1752@gmail.com

Проведен обзор литературы, касающийся общего понятия о коммуникации людей, истории развития коммуникации и современных достижений коммуникации людей. Рассмотрены способы межличностного общения людей, а также особенности взаимоотношений врача и пациента, использование инвалидами по слуху вербальных

и невербальных средств коммуникации. Разобрана суть коммуникативного процесса. Рассмотрены способы коммуникации между врачом-стоматологом и слабослышащим пациентом, основные проблемы, которые возникают при общении слабослышащего пациента и врача, роль и необходимость присутствия сурдопереводчика в отношениях «врач – пациент». Проведен обзор вспомогательных средств коммуникации, их достоинств и недостатков, использования компьютерных технологий и программного обеспечения для перевода звучащей речи на язык жестов. Обозначены основные проблемы слабослышащих и глухих пациентов, связанные с их медицинским обслуживанием.

Ключевые слова: коммуникация, слабослышащий пациент, проблемы слабослышащих и глухих пациентов.

A. A. SIDOROV, N. N. BONDARENKO

QUESTIONS OF COMMUNICATION BETWEEN HEARING IMPAIRED AND DEAF PATIENTS IN MEDICINE

*Nizhny Novgorod state medical academy,
Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Minin and Pozharsky square, 10/1;
tel. +79519132222. E-mail: ansidor1752@gmail.com*

A review of literature on the general concept of "communication" between people was held. History of the communication development and modern achievements of communication people. The methods of interpersonal communication between people, and especially physician-patient relationship are taken up. Usage of the verbal and nonverbal means of communication by the hearing impaired. Analyzed the essence of the communicative process. Examined the methods of communication between the dentist and the hearing-impaired patient, and the main problems that are appearing during the communication between the dentist and the hearing-impaired patient. The role of a sign language interpreter in the doctor-patient relationship. Conducted a review of the auxiliary means of communication, their advantages and disadvantages. The use of computer technology and software to translate oral speech into sign language. Identified the main problems of hearing-impaired and deaf patients, associated with their medical care.

Key words: communication, hearing-impaired patient, problems of hearing-impaired and deaf patients.

Введение

Термин «коммуникация» (от лат. communicatio) появился в научной литературе в начале XX века [24]. Один из основоположников американской социологии Чарльз Кули считал, что под коммуникацией понимается механизм, посредством которого становятся возможными существование и развитие человеческих отношений: все символы разума вместе со способами их передачи в пространстве и сохранения во времени. Она включает в себя мимику, общение, жесты, тон голоса, слова, письменность, печать, железные дороги, телеграф, телефон и самые последние достижения по завоеванию пространства и времени. Сегодня коммуникация представляет собой общение, передачу информации от человека к человеку, от одной системы к другой [1]. Коммуникация также обозначает связь, сообщение, известие, взаимодействие, обмен информацией в обществе, создание и распространение информации, а также средство связи [11]. История развития коммуникаций претерпела три коммуникационные революции: 1) изобретение письменности; 2) изготовление печатного станка; 3) внедрение электронных масс-медиа.

Внедрение компьютерных технологий открывает новую эру в развитии коммуникации. Информационное пространство захлестывает «четвертая волна», которая одновременно увеличивает интенсивность коммуникаций, начинает ограничивать межличностные коммуникации и переводить их в виртуальную плоскость [15].

В зависимости от используемых знаковых систем коммуникации подразделяются на вербальные и невербальные [14]. Вербальные коммуникативные средства представляют собой словесное взаимодействие сторон. Вербальные коммуникации осуществляются с помощью знаковых систем, символов, главным среди которых является язык. Язык, как знаковая система, является оптимальным средством выражения человеческого мышления и средством общения. Участвуя в речевой коммуникации, человек высказывает суждения и воспринимает слова, высказанные другими людьми. Информация, выраженная в языке одним человеком, присваивается другим, и таким образом происходит понимание в диалоге. В диалоге как коммуникативном процессе люди взаимодействуют посредством выражения в словах смысловых позиций.

К сожалению, у пациентов со снижением слуха вербальная коммуникация затруднена, особенно когда речь идет о глухонемых пациентах.

В качестве невербальных коммуникативных средств человек использовал и продолжает использовать языки флажков, дыма, вышивку, орнаменты, фольклорные образы, включающие символы и знаки. Язык жестов глухонемых пациентов относится к невербальной коммуникации. В межличностном общении в качестве невербальных коммуникативных средств используются поза, жесты, мимика, выражение лица, взгляд и пр. Невербальные средства коммуникации, несмотря на богатство вербального языка общения, в межличностном общении используются весьма широко. В отличие от слова (предложения) невербальные средства воспринимаются человеком непосредственно и действуют сильно, передавая тончайшие нюансы отношения. Для инвалидов по слуху невербальная коммуникация является основной формой общения [18]. Одним из важных качеств стоматолога является умение организовывать эффективное взаимодействие с пациентами. Однако при отсутствии слуха у последнего эта задача является достаточно проблематичной [13, 16]. Невербальное поведение врача на этапе установления контакта со слабослышащим пациентом иногда важнее вербального поведения. На вербальном уровне взаимодействия контакт иногда невозможен, в то время как жест и взгляд имеют большое значение для данной категории пациентов [6, 7]. Также необходимо учитывать психоэмоциональную напряженность большинства людей при посещении стоматологической клиники [2, 5, 8, 9]. Прежде всего глухой пациент стремится почувствовать отношение к нему, желание помочь, осознать уверенность, переданную врачом, в том, что ситуация не критична, или в том, что ее можно исправить [19]. Следовательно, при первом контакте стоматолога с глухим пациентом невербальные сообщения содержат наиболее значимую информацию. По наблюдениям психологов, впечатление о человеке возникает в течение первых 18 секунд. Поэтому в данной ситуации к врачу предъявляются повышенные требования, касающиеся как внешнего вида, так и манеры поведения. Ощущение психологического контакта дает такой важный элемент невербального взаимодействия, как контакт глазами (взгляд) [3, 4]. Поэтому в первые секунды профессионального общения, врач должен смотреть в глаза своему пациенту, давая понять, что готов с ним внимательно работать [17].

Если говорить о коммуникативной стороне общения, то распространена точка зрения, согласно которой в ходе совместной деятельности люди обмениваются между собой различными представлениями, идеями, настроениями, чувствами,

установками, информацией, что, собственно говоря, и называется коммуникацией [23]. Поэтому в коммуникативном процессе и происходит не простое движение информации, банальная передача, а активный обмен ею. Главная цель в обмене информацией заключена в значимости информации для каждого участника коммуникации, так как происходит не простой обмен информацией, а стремление выявить общий смысл. Это возможно лишь при условии, что информация не просто принята, но и понята, осмыслена. Таким образом, суть коммуникативного процесса заключается в совместном постижении той или иной ситуации, проблемы [12].

Для каждого коммуникативного процесса необходимым условием является то, что передаваемая информация должна адекватно восприниматься получателем. Во многих странах считается, что наличие переводчика с языка жестов при стоматологическом осмотре значительно улучшает качество медицинской помощи. Однако пациенты не всегда хотят прибегать к услугам третьих лиц, когда речь идет о медицинских услугах, в экстренных ситуациях переводчик может отсутствовать, а также услуги сурдопереводчика достаточно дороги. Опрос, проведенный среди глухих и слабослышащих пациентов, показал: несмотря на то что 78% опрошенных регулярно общаются со слышащими людьми, своих врачей полностью понимают только 59%. При более детальном изучении проблемы выяснили, что без переводчика очень хорошо понимают врача 41%, иногда понимают – 39%, совсем не понимают – 20%. Существует доказанная связь между взаимопониманием «врач – пациент» и оказанием качественной медицинской помощи [26].

Неправильно понятые рекомендации врача о приеме лекарств, выполнении тех или иных процедур могут фатально отразиться на состоянии здоровья глухого пациента. Таким образом, еще в 1993 г. была освещена проблема взаимоотношений «врач – глухой пациент» [26]. В настоящее время в США существуют рекомендации о наличии в штате сотрудников крупных лечебных учреждений переводчика, а также электронных систем с телетекстом, прописывающим указания медицинского персонала.

Существует ряд проблем в общении, которые хорошо отражены в социологических опросах. Некоторые глухие пациенты жалуются на то, что врачи, которые пытаются общаться с ними при помощи письменных знаков, пишут либо слишком быстро, либо не могут (или не хотят) полностью писать ответ на поставленный вопрос. Переводчики не всегда корректно ведут себя в ситуациях, связанных с сохранением медицинской тайны, не могут присутствовать при некоторых видах осмотра. В связи с этим неслы-

шащие пациенты признают себя лишенными полноценных средств общения с медицинским персоналом [25]. В случае с глухими пациентами даже при наличии переводчика коммуникация в полном объеме затруднена, что может неблагоприятно сказаться на эффективности лечения [26]. Возможно, в данной ситуации применение компьютерных разработок, позволяющих выполнить поставленные выше задачи, поможет наладить коммуникативный процесс между стоматологом и глухим пациентом, однако в настоящий момент таких программ не существует [22]. На протяжении всего XX века в разных странах мира велась разработка вспомогательных средств обучения – приборов и устройств, обеспечивающих нуждающимся в этом глухим пациентам восполнение дефицита информации о звучащей речи, дополняющих за счет подключения зрительного восприятия структуру обратной связи [21]. С конца 70-х годов разработки зарубежных специалистов начали базироваться на использовании микропроцессоров, что позволило им перейти к созданию нового поколения вспомогательных средств формирования и коррекции произносительной стороны речи, основанных на доступных способах визуализации основных акустических компонентов речи в режиме реального времени [20].

В 70–90-х гг. аналогичный переход к созданию вспомогательных средств формирования и коррекции произносительной стороны речи на основе использования микропроцессоров и информационных технологий не был осуществлен отечественными специалистами. Доступ к использованию микропроцессоров и информационных технологий в начале 90-х годов позволил им создать на этой базе первое российское вспомогательное средство формирования произносительной стороны речи сурдологopedический тренажер «Дэльфа-130», однако по своим функциональным возможностям он значительно уступал разработанной в 1989 г. корпорацией IBM компьютерной программе «Speech Viewer 1.0» («Видимая речь», версия 1). Благодаря дальнейшему развитию западными специалистами системы «SpeechViewer» ее функциональные возможности были существенно расширены, система удовлетворяла всем базовым педагогическим требованиям к вспомогательным средствам обучения, основанным на визуализации акустических компонентов речи, что привело к ее использованию сурдопедагогами и логопедами более чем 30 стран мира. «SpeechViewer» («Видимая речь»), основанная на принципе визуализации акустических компонентов речи в виде доступных пониманию детей образов в режиме реального и отсроченного времени, может быть использована как вспомогательное средство коррекции нару-

шений произносительной стороны речи у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с различными расстройствами фонационного оформления речи и нормальным слухом. Однако данная программа носит обучающий характер и совершенно не подходит для коммуникативных целей [10].

Ученые из Новосибирска, IT-инкубатора Академпарка – компании «Сурдофон», разработали программное обеспечение для перевода звучащей речи на язык жестов. Используя приложение, слабослышащие инвалиды смогут общаться с обычными людьми. Разработанная учеными программа сначала распознает звучащую речь, затем анализирует ее смысл и переводит на язык глухонемых. После чего анимационная кукла-аватар жестами показывает прозвучавший текст на экране монитора. Это решает основную проблему, с которой каждый день сталкиваются инвалиды по слуху: как понять то, что им говорят окружающие. Аналогов такого программного обеспечения, насколько нам известно, нет. В планах компании – выход на рынок в 2014 году. Сурдофон смогут использовать в телевизионных программах и на портале госуслуг. Будет и мобильное приложение для личного общения.

Процесс преобразования речи в жест происходит пока что следующим образом: человек говорит фразу в микрофон, программа распознает речь, вырабатывает правило, по которому текст можно передать без потери семантики и с минимальным набором жестов, и компьютерная кукла «говорит» ее на языке жестов. На данный момент в памяти программы уже около трех тысяч жестов, ее совершенствование ведется с помощью тех, для кого язык жестов является родным, они указывают на недостатки и неточности. Работать нужно и над скоростью всех необходимых действий программы. Пока процесс занимает несколько секунд, в зависимости от сложности и длины сказанной в микрофон фразы. К примеру, текст «Широка страна моя родная» компьютер сначала перевел как «Страна широкий мой родной», и спустя три-четыре секунды кукла на дисплее изобразила это жестами [27].

В заключение можно сказать, что среди основных проблем инвалидов по слуху, связанных с медицинским обслуживанием, необходимо выделить:

- сложность коммуникации слабослышащих и глухих пациентов с врачом сказывается на эффективности и качестве оказания медицинской помощи;
- ограниченный доступ слабослышащих и глухих пациентов к услугам сурдопереводчика;
- недостаточное обеспечение инвалидов приборами и устройствами коммуникации «врач – пациент»;

– существующее программное обеспечение для коммуникации носит образовательный характер и не позволяет решить вопрос коммуникации слабослышащих и глухих пациентов в целом и в рамках получения медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакирова Т. П.* Социально-психологические факторы формирования коммуникативных свойств личности // Проблемы регуляции активности личности: Тезисы докладов региональной научно-практической конференции. – Н.: НГПУ, 2000. – С. 1, 5.
2. *Алямовская Е. Н.* Психопрофилактика в стоматологии // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6 (106). – С. 12–13.
3. *Анциферова Л. И.* Личность в динамике: Некоторые итоги исследования // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. № 5.
4. *Аргентова Т. Е.* Стиль общения как фактор эффективности совместной деятельности // Психологический журнал. – 1984. – № 6. – С. 130–133.
5. *Барер Г. М., Молчанов А. С., Гросицкая И. К.* Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента // VI съезд Стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 105.
6. *Бойко В. В., Кураскуа А. А.* Субъективные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом // Новое в стоматологии. – 1997. – № 9. – С. 67–74.
7. *Бойко В. В., Мчедлидзе Т. Ш.* Управление персоналом стоматологической фирмы. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 208.
8. *Дунаевский В. В.* Неспецифическая психотерапия и психотерапевтический подход в практике врача общего профиля // Мир медицины. – 1998. – № 7. – С. 43.
9. *Кирсанов А. И., Горбачева И. А., Зотова Д. В. и др.* Значение оценки общесоматического состояния пациента на стоматологическом приеме // Пародонтология. – 2001. – № 1–2. – С. 13.
10. *Королевская Т. К.* «Видимая речь»: десять лет в России // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 57–65.
11. *Кули Чарльз.* Общественная организация // Тексты по истории социологии XIX–XX веков. Хрестоматия. – Москва: Наука, 1994. – С. 379.
12. *Кутырева И. В.* Психологические особенности коммуникации: Материалы XI Международной научно-практической конференции «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия». – Рязань: РязГМУ, 2011. – С. 192–200.
13. *Ларенцова Л. И.* Производственный стресс врача-стоматолога и возможность его коррекции при работе с тревожными пациентами // Российская стоматология. – 2002. – № 3. – С. 45–48.
14. *Панфилова А. П.* Деловая коммуникация в профессиональной деятельности: Учебн. пособие. – Санкт-Петербург: Знание, ИВЭСЭП, 2001.
15. *Терин В. П.,* Массовая коммуникация. – Москва, 2000. – С. 24–25.
16. *Цимбалистов А. В., Зултан О. Я., Галинский Ю. Г.* Анализ конфликтных ситуаций в стоматологической практике // Клиническая стоматология. – М., 1999. – № 4. – С. 58–60.
17. *Barnett S.* Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education // Acad. med. – 2002. – Vol. 77. № 7. – P. 694–700.
18. *Chaveiro N.* The relation between deaf patients and the doctor / N. Chaveiro, C. C. Porto, M. A. Barbosa // Braz. j. otorhinolaryngol. – 2009. – Vol. 75. № 1. – P. 147–150.
19. *Fellinger J.* Mental distress and quality of life in a deaf population / J. Fellinger, D. Holzinger, U. Dobner, J. Gerich, R. Lehner, G. Lenz, et al. // Soc. psychiatry psychiatr epidemiol. – 2005. – Vol. 40. № 9. – P. 737–742.
20. *Hammer S. G.* The cost of treating deaf and hard-of-hearing patients [letter] // Am. fam. physician. – 1998. – Vol. 58. – P. 659.
21. *Kulback S.* Communicating with deaf patients [letter] // JAMA. – 1995. – Vol. 274. – P. 795.
22. *Power D.* German deaf people using text communication: short message service, TTY, relay services, fax, and e-mail / D. Power, M. R. Power, B. Rehling // Am. an. deaf. – 2007. – Vol. 152. № 3. – P. 291–301.
23. *Richards J.* Deaf strong hospital: an exercise in cross-cultural communication for first year medical students / J. Richards, L. Harmer, P. Pollard, R. Pollard // J. univ rochester med center. – 1999. – P. 5–7.
24. *Rosenberg E.* Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters / E. Rosenberg, Y. Leanza, R. Seller // Patient educ. couns. – 2007. – Vol. 67. № 3. – P. 286–292.
25. US Department of Justice, civil rights division, disability rights section. Public Law 101–336, 42 U. S. C. §12101, et seq. Communicating with people who are deaf or hard-of-hearing in hospital settings. – 2011.
26. *Zazove P.* The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons / P. Zazove, L. C. Niemann, D. W. Gorenflo, C. Carmack, D. Mehr, J. C. Coyne, T. Antonucci // Arch. fam. med. – 1993. – Vol. 2. № 7. – P. 745–752.
27. *Филонов А.* Сибкрай. ру [Электронный ресурс] // Продукты технопарка: смартфон для глухих и «московская форточка»: сайт. – URL: http://sibkray.ru/news/3/757933/?sphrase_id=326437 (дата обращения 06. 09. 2014).

Поступила 23.09.2014