

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО
КАК ЖАНР ЕСТЕСТВЕННОЙ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ

С. Ф. Галкина

OUTPATIENT'S CARD AS A NATURAL WRITING GENRE (THE PROBLEM FORMULATION)

S. F. Galkina

В статье анализируется медицинская карта амбулаторного больного. Документ рассматривается в рамках лингвопрагматики, дискурсологии, как «продукт» естественной письменной речи. Описаны экстралингвистические аспекты, влияющие на процесс создания медицинской карты. Проанализированы лингвистические особенности текстов. Выявлены признаки официально-делового, профессионального медицинского и разговорного стилей в текстах медицинской карты.

Outpatient's card is analyzed in the article. The document is considered as an object of pragmatics, discourse and as a natural writing "product". The extralinguistic aspects influencing the process of medical card creation are described, the linguistic features of texts are analyzed. The signs of official, professional medical and conversational style in the medical card text are outlined.

Ключевые слова: естественная письменная речь, речевой жанр, профессиональный медицинский дискурс.

Keywords: natural written speech, speech genre, professional medical discourse.

В последние десятилетия в различных направлениях лингвистики активно изучаются объекты речевой деятельности, ранее находившиеся на периферии традиционно исследуемых текстов. На данном этапе развития науки «...наибольшую значимость имеет изучение обычных текстов, которые создаются рядовыми носителями языка в обыденных ситуациях, не предполагающие тех или иных форм контроля со стороны специалистов...» [3, с. 99]. Тексты, которые создаются рядовыми носителями языка, изучаются с позиций антропологической лингвистики, лингвопрагматики, лингвоперсонологии, жанроведения, психолингвистики и т. д. Одним из подходов, применяемых к создаваемым рядовыми носителями языка результатам речевой деятельности, является жанровый подход. Актуален он и при изучении текстов, написанных в официально-деловом стиле, поскольку практически все они относятся к тому или иному жанру. М. М. Бахтин в работе «Проблема речевых жанров» писал, что «богатство речевых жанров необозримо <...> в самом деле, к речевым жанрам мы должны отнести <...> и довольно пестрый репертуар деловых документов (в большинстве случаев стандартный)» [1, с. 237 – 238]. Официальные документы в сейчас изучаются [см: 7, 11], но достаточно большое количество бытующих в официально-деловой сфере текстов остается еще не описанным. Т. В. Шмелева ставит в своей работе [11] вопрос о создании энциклопедии речевых жанров. В настоящее время в рамках научной школы «Естественная письменная речь: жанроведческий, лингвоперсонологический и семантический аспекты» ставится вопрос о создании энциклопедии письменных речевых жанров.

С позиций жанроведения мы обратились к такому объекту речевой деятельности, как медицинская карта амбулаторного больного. Медицинская карта – одно из важных составляющих документации медицинского учреждения. Нашей целью является исследование данных позиций исследовательских стратегий жанроведения в прагмалингвистическом аспекте. Необходимость учета этой составляющей обусловлена усло-

виями его создания и функционирования, «влиянием речевой ситуации на тематику и формы коммуникации» [9].

Исходя из требований лингвопрагматики, остановимся сначала на экстралингвистических условиях функционирования медицинской карты амбулаторного больного. Это официальный документ, «основной первичный медицинский документ больного». В нем выделяются две зоны:

1. «Официальная зона», состоящая из институционально обусловленных, регламентированных компонентов; жесткие предписания в оформлении касаются титульной и второй страниц карты, описания хирургических вмешательств, эпикризов и уточненных диагнозов. Это зона официально-делового стиля, она может быть напечатана или заполнена вручную.

2. Записи текущих наблюдений специалистов. Текущие наблюдения специалистов пишутся от руки врачом и используются в профессиональной деятельности врачевальным и средним медицинским персоналом. В этой части тоже есть «официальные» составляющие, например, дата наблюдения, анамнез, диагноз, назначения и, при необходимости, данные о физическом развитии, клинические данные, результаты произведенных анализов, заключения специалиста.

Поскольку медицинская карта амбулаторного больного является рукописным (по большей части) документом, то мы считаем целесообразным ее изучение в рамках научной школы «Естественная письменная речь: жанроведческий, лингвоперсонологический и семантический аспекты» (барнаульско-кемеровская школа). Методология описания и анализа текстов естественной письменной речи была предложена Н. Б. Лебедевой и применена при изучении таких жанров, как «Книга отзывов и предложений» [11], «ежедневник» [12]. В данном направлении разграничены четыре речевые сферы: естественная устная речь (разговорная), искусственная письменная речь (профессиональная и подготовленная), искусственная письменная речь (профессионально подготовленный и напечатанный текст), естественная письменная речь,

признаками которой являются письменная форма выражения и естественность изложения [5, с. 8 – 14]. К параметрам естественности относятся «признак живого» (исправления, поправки, дополнения и т. п.) спонтанность, непрофессиональность, значимость «всех субстанциональных характеристик» [5, с. 17].

Поскольку медицинская карта – институционально обусловленный документ, мы не будем подробно останавливаться на первом этапе методической процедуры жанровой квалификации текста ЕПР, который должен подтвердить выделенность и устойчивость такого типа текста, поскольку его функционирование предписано, регламентировано, этот речевой объект обладает определенной структурой, написан в определенном стиле, сами записи обладают определенной композиционной устойчивостью. Для жанровой квалификации медицинской карты амбулаторного больного воспользуемся коммуникативно-семиотической моделью, разработанной для текстов естественной письменной речи [5, с. 54] и рассмотрим типичные коммуникативные условия создания описываемого объекта с учетом ее фациентов.

Автор. Институционально обусловленные компоненты (первая и вторая страницы, где изложены официальные данные) записываются, а в настоящее время чаще печатаются, средним медицинским персоналом. Количество записей текущих наблюдений (записей врачей) обусловлено экстралингвистическими параметрами и не ограничено по количеству субъектов речи.

Коммуникативно-целевой фациент. Ведение медицинской карты обусловлено практическими (прагматическими) факторами. Главная цель – фиксация и сохранение информации.

Адресат. Медицинская карта предназначена для среднего и врачебного медицинского персонала. Поэтому в данном случае мы можем обозначить профессиональную деятельность адресата и охарактеризовать саму запись как авто- и полиадресную.

Объект коммуникации представляет собой записи наблюдений за состоянием больного в период его лечения, назначений лечебно-диагностического характера и результатов их применения. Объект коммуникации в данном случае непосредственно отсылает нас к профессиональной деятельности субъекта речи. Лингвопрагматический аспект создания и функционирования такого жанра, как медицинская карта амбулаторного больного, обуславливает необходимость анализа этого материала с точки зрения дискурсологии. Сейчас еще нет устоявшегося определения дискурса. В нашем исследовании мы пользовались следующим: дискурс – это «общепринятый тип речевого поведения субъекта в какой-либо сфере человеческой деятельности, детерминированный социально-историческими условиями, а также утвердившимися стереотипами организации и интерпретации текстов как компонентов, составляющих и отображающих его специфику» [6, с. 6]. При этом изучение жанра в данном случае требует учета как экстралингвистических составляющих, так и дискурса, в котором создается текст.

Типологии дискурсов разнородны и выделены по различным основаниям [4]. В рамках статусно-ориен-

тированного общения на основании цели и социальной сферы общения противопоставляются институциональные типы дискурсов (политический, административный, военный, педагогический, научный, деловой, рекламный и т. п.). Поскольку медицинская карта амбулаторного больного отражает работу специалиста-медика, профессионала, использующего специальные знания и умения, терминологию и лексику, то в ней можно выделить профессиональный медицинский дискурс, детерминированный сферой профессионального общения и взаимодействия медицинского и врачебного персонала. Одним из показателей профессионального медицинского дискурса в этих текстах является использование латинских терминов и терминологических элементов, например: *Cor et pulm b/o*. (Мы говорим в данном случае о терминологическом элементе, так как *pulm* написано без требуемого нормами грамматики латинского языка окончания.)

Графико-пространственный параметр. Тексты медицинской карты в институционально-обусловленной зоне могут быть напечатаны, могут быть написаны вручную. Записи текущих наблюдений специалистов сделаны вручную, на кириллице или латинице. При этом использование той или иной графической системы чаще всего связано с использованием соответствующей лексики, например: *Arteria basilaris*. Такая особенность использования латинской и кириллической системы письма обусловлена дискурсивным аспектом функционирования медицинской карты. Данный параметр включает и ортологические особенности материала. Так, частотная характеристика анализируемых записей – неразборчивость, отсутствие аккуратности. Гораздо реже встречаются каллиграфически правильные записи.

Еще одна характеристика данного параметра – расположение записей. Здесь можно наблюдать несколько типичных вариантов: институционально обусловленная композиционная структура, состоящая из следующих компонентов: дата, наименование специальности врача, осмотр/результаты осмотра (вариативная часть), диагноз, рекомендации/лечение, подпись врача. Врач может дополнительно структурировать запись: нумеровать ее, дополнять графическими знаками, например:

Р-циш:

1 – Конс. ортопед. ФЗТ (ИРТ), психиатра

2 – Гл. дно

3 – Фенибут 0,25

1 т x 2 р 1 мес.

Субстрат, материальный носитель знака в медицинской карте амбулаторного больного может быть различным. Во-первых, можно выделить напечатанные типографским способом листы различного типа (тип зависит от институциональных компонентов) с соответствующими графами, строками, входящие в носитель субстрата: медицинскую карту, представляющую собой скрепленные листы. При этом автор текста может и не соблюдать отведенные строки и графы («заходить» за них, использовать не по назначению и т. д.). Он также может ставить знаки в определенных графах или подчеркивать нужное/зачеркивать ненужное. К носителю субстрата могут присоединяться и чистые, неразграфленные листы бумаги

подходящего для вклеивания в МК формата, и тетрадные линованные листы. В этом случае врач сам «организует пространство записи».

Среда. Сфера создания и использования медицинских карт амбулаторного больного уже частично охарактеризована (см. выше) и является профессиональной.

Время восприятия знака. Поскольку медицинская карта амбулаторного больного используется для хранения информации, причем информации профессионально-значимой, то всегда указана дата создания записи текущих наблюдений. Временной промежуток между возникновением записи и ее восприятием может быть как относительно кратким (до следующего визита пациента к этому врачу, или другому врачу этой же специальности), так и весьма продолжительным. К записям в карте врач может обратиться спустя много лет после их создания.

Фациент «Ход коммуникации». В рассматриваемом случае коммуникация является официально-деловой и профессиональной (это обусловлено средой функционирования).

Фациент «Социальная оценка». Мы считаем, что этот параметр, применительно к медицинской карте амбулаторного больного не является определяющим, поскольку речь идет об официальном документе. Но медицинская карта может оцениваться с позиций достоверности/недостоверности зафиксированной информации, возможна оценка профессиональной деятельности врача на его основании, документ может приобрести статус юридически значимого в судебном процессе.

Рассмотрим доминанты текстов медицинской карты амбулаторного больного, опираясь на описание коммуникативно-семиотической модели. Круг авторов и адресатов, хотя и потенциально, является многочисленным, ограничен таким фактором, как среднее и высшее медицинское образование и занятость в данной профессиональной сфере. Следовательно, этот параметр можно отнести к одному из доминантных. Коммуникативно-целевой параметр и объект коммуникации обусловлены экстралингвистическими параметрами функционирования данного речевого жанра. Графико-пространственный параметр обусловлен исторической традицией (использование русского и латинского алфавитов) и определенным цейтнотом на записи текущих наблюдений (время приема ограничено). Фациенты «субстрат» и «носитель субстрата», «среда», «ход коммуникации» имеют жанрово-релевантное значение [5, с. 61], заданы экстралингвистическими и коммуникативно-целевыми параметрами. Поскольку мы имеем дело с официально-деловым документом, выполняющим предписанную ему функцию, созданным в рамках профессионального медицинского дискурса, то можно предположить, что создаваться «объект коммуникации» будет в рамках искусственной письменной речи, несмотря на то, что записи в медицинской карте относятся к периферии (с точки зрения подготовленности) профессиональных медицинских текстов. В ядерной зоне находятся статья, монография, учебник. Это положение связано с тем, что медицинская карта создается не только с целью хранения информации, потенциально

возможной является проверка записей врача заведующим поликлиникой и представителями медицинских страховых компаний.

Проанализируем языковое воплощение диктумного содержания медицинской карты амбулаторного больного. Часть рассмотренного языкового материала представляет собой орфографически, грамматически, стилистически и ортологически «правильный текст», например:

Ds: врожденная внутренняя гидроцефалия в стадии субкомпенсации Оперативное лечение не показано:

Рекомендовано консервативное лечение».

Но есть записи следующего типа:

Заболел вчера, насморк, покашливает...

Сост удовл, в зеве – гиперемия...

Использование общеупотребительных слов, использование форм прошедшего и настоящего времени обуславливает необходимость анализа коммуникативной ситуации, в которой создается текст.

Диалог «врач – пациент» осуществляется в официальной ситуации. Но если речь врача в определенной степени можно отнести к искусственной, подготовленной речи, поскольку диалог «врач-пациент» имеет достаточно наработанную структуру, обусловленную прагматической направленностью данного акта, то речь пациента не является искусственной. Даже если пациент продумал, «прорепетировал» ее, для него это не сфера профессионального общения. Исходя из этих соображений, речь пациента можно охарактеризовать как естественную устную речь. Коммуникативная ситуация, в которой пишется текст, подразумевает не только записывание наблюдений и результатов осмотра врача, но и фиксирование жалоб пациента.

Несмотря на официальность документа, фиксация текущих наблюдений врача, описание симптоматики и диагноз не регламентированы жестко требованиями к ведению подобной документации. Анализируя экстралингвистическую составляющую коммуникативной ситуации «врач-пациент», можно зафиксировать ее следующие особенности. Врач заполняет эти данные частично со слов больного, ответов на вопросы, его спонтанной устной речи, в которой он вычленяет профессионально значимые для него факты. В ситуации первичного приема врач сначала выслушивает описание симптомов, излагаемых больным, задает дополнительные и наводящие вопросы, после чего осмысливает полученные сведения и записывает данные в медицинскую карту. При этом врач не просто фиксирует естественную устную речь пациента. Эти факты он осмысливает, интериоризирует и переносит на материальный субстрат, носитель информации – медицинскую карту, переводит дискурс устной речи в профессиональный медицинский. «Перевод слов» пациента из естественной устной речи в естественную письменную речь – один из путей «проникновения» разговорного дискурса в данный официальный документ. Косвенным подтверждением этого является использование врачом цитирования: *Жалобы на «похрипывание»* (прим. кавычки поставлены врачом).

Поскольку записи включают описание жалоб больного, то здесь может проявляться и разговорный

дискурс в противовес научному, медицинскому. Так, в некоторых материалах прослеживается тенденция врача записывать симптомы так, как это озвучено пациентом, перемежая профессиональные термины со словами из общенародного языка: «нечеткая речь» и «дизартрия», «дрожание конечностей» и «тремор конечностей». Таким образом, можно зафиксировать влияние разговорного дискурса на записи врача в МК амбулаторного больного.

В данном корпусе текстов присутствует такой яркий признак естественной письменной речи, как креолизованность. Тексты, обладающие этими признаками, представляют собой «тексты, фактура которых состоит из двух негомогенных частей: вербальной (речевой) и невербальной, принадлежащей к другим знаковым системам, нежели естественный язык» [8, с. 180 – 181]. Н. С. Валгина отмечает, что «взаимодействуя друг с другом, вербальный и иконический тексты обеспечивают целостность и связность произведения, его коммуникативный эффект» [2]. К элементам креолизованности в исследуемых текстах были отнесены сокращения и графемы. Так, были зафиксированы следующие символы: +, -, ↑ *температуры*, ↓ *температуры*.

Сокращения – достаточно частотный факт в записях врача. Возможные типы сокращений описаны в справочниках русского языка. Разумеется, носители языка образуют и свои окказиональные сокращения. Особенно это характерно для текстов естественной письменной речи. Так, исследователи, занимающиеся текстами, относящимися к естественной письменной речи, описывают типы сокращений слов и словосочетаний, которые встречаются в том или ином жанре [12]. Медицинская карта амбулаторного больного тоже характеризуется этим жанрово-нерелевантным, но частотным признаком. Приведем некоторые варианты сокращений: *б/о* (без особенностей), *б/и* (без изменений), *б/б* (безболезненный), *п* и *N* («норма» и деривационные варианты этого слова), *хр* (хрипов). Сокращения встречаются и латинских терминов: *Ds* от латинского «Diagnosis».

Интересно, что пунктуация часто опускается, особенно, если этим разграничением становится пространственное расположение на странице, например:

Жалоб нет.

На момент осмотра передний отрезок обоих глаз без видимых патологических изменений

Ds двухсторонний конъюнктивит, выздоровление

Пунктуационные знаки также могут выполнять не интонационно-грамматическую функцию, а нести до-

полнительную семантическую информацию, например, «сомнение». В приведенном ниже примере постановка вопросительного знака перекалфицирует диагноз в предположительный: *Паразитоз?*

По нашим наблюдениям, на соотношение медицинского и разговорного дискурсов влияют экстралингвистические и лингвоперсонологические факторы. Одни врачи больше склонны к фиксации лексики, используемой пациентом, другие в основном используют профессиональную лексику.

Еще одним влияющим фактором является статус врача и медицинского учреждения. Чем они выше, тем меньше проникает в записи врача разговорный дискурс, текст становится менее креолизованным. Например, в диагнозе невролога муниципального психоневрологического центра зафиксированы только сокращения общепотребительных слов, профессиональной лексики и одна аббревиатура клинического термина: *DS: C/d ММД (гиперактивное пов-ие Снижение когнитивных ф-ий, интеллектуальная нед-сть, психолабильность), наружная и внутренняя гидроцефалия, субкомпенсированная, с/d периферической цервикальной нед-сти на резидуально-органическом фоне Р-ции: ... (ММД – минимальная мозговая дисфункция, с/d – синдром; прочие сокращения «прозрачны», не относятся к профессиональным и могут быть использованы в научном и/или учебном дискурсах корпуса текстов ЕПР).*

В результате исследования текстов медицинской карты амбулаторного больного было выявлено, что данный речевой жанр, являясь официально-деловой документацией, содержит ряд жанрово-релевантных и жанрово-нерелевантных, но частных признаков естественной письменной речи. Конечно, теоретически такая «речь» ближе к «искусственной письменной речи», но все же ею не является, поскольку переносится на материальный субстрат вручную, а не полиграфическим способом. Этот процесс происходит без внешней редактуры и в условиях определенного цейтнота (поскольку время приема регламентировано). Перечисленные экстралингвистические факторы позволяют говорить о нахождении данных текстов на периферии жанров естественной письменной речи. Анализ языкового воплощения диктумного содержания показал, что медицинская карта амбулаторного больного включает в себя официально-деловой, профессиональный медицинский и разговорный дискурсы в силу специфических особенностей своего создания и бытования.

Литература

1. Бахтин, М. М. Проблема речевых жанров / М. М. Бахтин // Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. – М., 1979. – 424 с.
2. Валгина, Н. С. Понятие креолизованного текста / Н. С. Валгина. – Режим доступа: <http://evartist.narod.ru/text14/25.htm>
3. Голев, Н. Д. Когнитивный аспект русской орфографии: орфографоцентризм как принцип обыденного метаязыкового сознания / Н. Д. Голев // Отражение русской языковой картины мира в лексике и грамматике: межвузовский сборник научных трудов. – Новосибирск, 1999. – 287 с.
4. Кибрик, А. А. Дискурс / А. А. Кибрик, П. Б. Паршин. – Режим доступа: http://www.krugosvet.ru/enc/-gumanitarnye_nauki/lingvistika/DISKURS.html?page=0,11
5. Лебедева, Н. Б. Теоретические основы исследования естественной письменной речи / Н. Б. Лебедева // Жанры естественной письменной речи. – М.: URSS, 2011.

6. Манаенко, Г. Н. Текст, речевая деятельность, дискурс / Г. Н. Манаенко // Языковая система – текст – дискурс: категории и аспекты исследования. – Самара, 2003.
7. Сологуб, О. П. Русский деловой текст в функционально-генетическом аспекте: монография / О. П. Сологуб. – Новосибирск, 2008. – 332 с.
8. Сорокин, Ю. А. Креолизованные тексты и их коммуникативная функция / Ю. А. Сорокин, Е. Ф. Тарасов // Оптимизация речевого воздействия. – М.: Наука, 1990.
9. Терминологический словарь. – Режим доступа: http://student.siberia-expert.com/board/terminologicheskij_slovar/lingvopragmatika/12-1-0-41
10. Шмелева, Т. В. Жанроведение? Генристика? Генология? / Т. В. Шмелева. – Режим доступа: http://library.krasu.ru/ft/ft_articles/0114396.pdf
11. Шуматова, Т. В. Книга отзывов и предложений как явление естественной письменной русской речи: жанровый аспект: автореф. дис. ... канд. филол. наук / Т. В. Шуматова. – Кемерово, 2012. – 28 с.
12. Юркевич, А. С. Ежедневник как жанр естественной письменной речи: дис. ... канд. филол. наук / А. С. Юркевич. – Кемерово, 2001. – 232 с.

Информация об авторе:

Галкина Светлана Федоровна – преподаватель кафедры лингвистики и межкультурной коммуникации НГМУ, 8(383)226-24-64, port.artur@mail.ru.

Galkina Svetlana Fedorovna – lecturer at the Department of Linguistics and Intercultural Communication of Novosibirsk State Medical University.